

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

342
N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Thèse présentée et soutenue le jeudi 12 mai 1898 à 1 heure

Par A. POMME DE MIRIMONDE

Né à Paris, le 3 septembre 1867

ÉTUDE

SUR LES

KYSTES ÉPITHÉLIAUX
PARADENTAIRES

Président : M. BERGER, professeur.

*Juges : } MM. MATHIAS-DUVAL, professeur.
NÉLATON et THIERY, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
45, Rue Racine, 45

1898

342

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Thèse présentée et soutenue le jeudi 12 mai 1898 à 1 heure

Par A. POMME DE MIRIMONDE

Né à Paris, le 3 septembre 1867

ÉTUDE

SUR LES

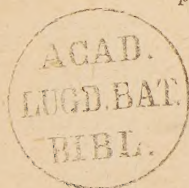
KYSTES ÉPITHÉLIAUX

PARADENTAIRES

Président : M. BERGER, professeur.

*Juges : } MM. MATHIAS-DUVAL, professeur.
NÉLATON et THIÉRY, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.



PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1898

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique.	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	LABOULBENE.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	TILLAUD.
Clinique chirurgicale.	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchements.	N.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	GAUCHER	MARIE	SEBILEAU
ALBARRAN	GILBERT	MÉNÉTRIÉR	THIERRY
ANDRE	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER.	TUFFIER
BONNAIRE	GLEYS	POIRIER, chef des	VARNIER
BROCA	HARTMANN	travaux anatomi-	WALTHER
CHARRIN	HEIM	ques.	WEISS
CHASSEVANT	LEJARS	RETTERRER	WIDAL
DELBET	LETULLE	RICARD	WURTZ
	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERGER

Professeur de clinique chirurgicale
Membre de l'Académie de Médecine
Chirurgien de l'hôpital de la Pitié
Chevalier de la Légion d'honneur

A MES MAÎTRES

ÉTUDE

SUR LES

KYSTES ÉPITHÉLIAUX PARADENTAIRES

INTRODUCTION

Ayant eu l'occasion au cours de nos études de voir plusieurs cas de kystes d'origine dentaire, des diverses variétés décrites, il nous a paru qu'une étude d'ensemble de ces kystes offrirait un intérêt très considérable pour le clinicien et l'histologiste.

Ayant alors recherché les divers travaux qui avaient paru sur la question, nous constatâmes que depuis le remarquable travail de M. Albarran dans la *Revue de chirurgie*, mémoire qui remonte à 1888, il n'avait été publié que des observations isolées ou des études sur des cas particuliers de cette importante variété de kystes. C'est alors que l'idée nous vint de ce travail qui devait résumer la question. Les observations que nous avons pu recueil-

lir tant dans les bulletins des diverses Sociétés que dans notre pratique personnelle nous ont permis de fixer certains points de clinique, de diagnostic et de traitement qui n'avaient pas été assez mis en lumière.

Les quelques examens histologiques que nous avons pu faire, joints à ceux qui nous ont été communiqués, nous ont conduit à adopter complètement au point de vue anatomo-pathologique et histologique les conclusions de MM. Malassez et Albarran sur l'origine épithéliale paradentaire des différentes variétés de kystes décrites.

D'autre part un doute nous vint sur l'utilité de cette différenciation à outrance des kystes ayant la même origine et souvent la même évolution clinique, et nous en sommes arrivés à penser que l'on pouvait grouper toutes ces variétés sous une dénomination commune, qui aurait l'avantage de rappeler l'origine unique des diverses catégories. C'est alors que nous adoptâmes la dénomination des « *kystes épithéliaux paradentaires* » rigoureusement exacte au point de vue pathogénique.

En effet puisque la pathogénie est une, qu'est-ce qui justifie actuellement la différenciation en plusieurs variétés ? La clinique, évidemment, or quel est le signe particulier à chaque catégorie permettant à coup sûr de la reconnaître ?

Le kyste dentigère qui est caractérisé par la présence d'une dent dans la paroi du kyste, est-il aisément diagnostiquable d'un kyste uniloculaire volumineux, quand il se développe aux dépens d'une dent de remplacement et que la dent de lait persiste ? D'autre part le volumineux kyste uniloculaire a-t-il le même aspect que le petit kyste

insoupçonné que l'on enlève avec la dent et que M. Albarán a nommé kyste appendiculaire. Or, ces kystes étaient étudiés sous la même rubrique, il est vrai que nombreuses étaient les dénominations employées pour caractériser cette variété uniloculaire, ce qui achevait la confusion : ces deux kystes rentrent pour Forget dans la catégorie des kystes alvéolo-dentaires, pour Magitot ce sont des kystes périostiques, ils deviennent odontopathiques avec Duplay, radiculaires avec Aguilhon de Sarran; Malassez en fait des kystes radiculo-dentaires et Heydenreich les nomme kystes uniloculaires : Comment s'y reconnaître dans cette nomenclature compendieuse et variant avec chaque auteur ?

D'autre part les kystes multiloculaires que l'histologie ramène absolument dans le cadre des kystes paradentaires, en avaient été systématiquement exclus. Evidemment il ne s'agit pas ici de ces épithéliomas des maxillaires contenant quelques kystes dans leur paroi et ayant tout à fait l'aspect de tumeurs malignes solides ; mais de ces kystes à plusieurs poches communicantes que l'on observe fréquemment comme récidue des kystes dentaires opérés incomplètement. Leur aspect, quelquefois, quand il s'agit de kystes considérables ayant envahi une grande partie d'un maxillaire et se révélant par de nombreuses bosselures de consistance inégale, permet de les diagnostiquer.

D'autres fois, alors qu'il existe seulement deux ou trois loges largement ouvertes l'une dans l'autre, le diagnostic est à peu près impossible. Encore avons-nous choisi-là des cas types que la clinique est cependant

incapable de différencier : mais dans quelle catégorie rangerons-nous ces cas mixtes où l'on rencontre un rudiment de dent ou quelques grains dentaires, dans l'intérieur d'un kyste uniloculaire ? ou bien que faire de ces cas où la paroi d'un kyste uniloculaire présente de petits kystes, rudiments de kystes secondaires capables de former un kyste multiloculaire ?

Quel est le clinicien assez habile pour différencier ce cas, d'un simple kyste uniloculaire et de dire exactement à quel moment ce kyste passe d'une catégorie dans l'autre. On voit donc bien par l'étude des cas typiques et surtout des cas mixtes que la clinique est impuissante à autoriser la division en catégories.

Avant les recherches de Malassez, les opinions pathogéniques alors adoptées, les aspects macroscopiques légitimaient ces appellations, mais maintenant, il nous paraît juste de ramener les choses à leur vrai point et, s'appuyant sur une base solide, sûre, acceptée de tous, la base pathogénique et histologique imposée par Malassez, d'englober toutes les variétés de kystes sous le nom de kystes épithéliaux paradentaires, en signalant comme simples variétés les classes précédentes. La seule sous-division qui nous paraisse légitime, car elle représente bien deux catégories de faits cliniques différents, c'est la division en kystes macroscopiques et en kystes appendiculaires : les uns, comprenant tous les cas où la tumeur apparente peut être diagnostiquée, et les autres, ces kystes si nombreux, que l'on ne pouvait que soupçonner et qui se rencontrent appendus à la racine d'une dent au moment de son avulsion.

C'est donc avec ces idées unicistes que nous aborderons notre étude.

Mais avant d'entrer dans le sujet, nous tenons, restant fidèle à une excellente coutume, à remercier tous ceux à qui nous sommes redevables des quelques connaissances médicales que nous possédons.

Parmi les nombreux maîtres que nous avons eus nous voulons ici tout spécialement témoigner notre reconnaissance à Dujardin-Beaumetz dont la mort a été une grande perte pour nous, aux D^{rs} Dubief et Gilles de la Tourette, dont nous avons été l'élève, à M. le professeur Pinard dont l'enseignement nous a été si précieux.

M. le Professeur Berger dont nous avons été l'élève a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse, qu'il nous permette de lui adresser l'expression de notre profonde gratitude.

HISTORIQUE

Les premières observations de kystes de mâchoires remontent à plus de deux siècles, puisque c'est Scultet qui publia la première en 1654, sans d'ailleurs soupçonner de relation entre le kyste et les dents ; mais il faut arriver au milieu de notre siècle pour que la question soit plus complètement étudiée et entre définitivement dans le cadre nosologique. Trois étapes marquent l'histoire des kystes maxillaires : dans une première période, fort longue, on se contente de relever des faits, sans établir de connexions entre eux ; puis viennent quelques importants travaux d'ensemble comme l'étude de Dupuytren, de Forget qui décrivent les diverses variétés de kystes en insistant sur leur origine dentaire ; enfin la dernière période qui débute avec Broca, s'intéresse surtout à la pathogénie des lésions et se résume dans les travaux de Magitôt et Malassez.

Scultet n'avait décrit qu'un cas curieux, sans aucunement l'approfondir et Fauchard, le premier, dans le *Commentarium chirurgicum* en 1728 décrit des kystes de mâchoires voisins de dents cariées et qui se vident lorsqu'on extrait la dent ; mais il n'établit aucun lien pathogénique

entre les deux affections ; vingt ans plus tard, Runge constate la présence d'une racine dans la cavité du kyste et pose l'hypothèse de l'origine dentaire de certains kystes maxillaires tandis que Jourdain pense que les kystes naissent dans le sinus et envahissent secondairement les alvéoles. Ces doctrines n'étaient d'ailleurs basées sur aucun fait précis, elles n'avaient aucune base solide, et cinquante ans plus tard, Delpech pourra dire encore combien il est facile de confondre l'hydropisie du sinus avec certains kystes dentaires

Cependant, en 1778, Morelot publie la première observation de dent incluse dans la paroi d'un kyste du maxillaire supérieur et Jourdain, la même année, décrit quelques autres cas analogues dont il fait une description d'ensemble dans un chapitre de son *Traité des maladies de la bouche*

Pendant une longue période la question ne donne pas lieu à des travaux importants, cependant, à l'étranger, Augustin Noak, Barnes s'en occupent incidemment.

Delpech reprend la question et étudie les petits kystes que l'on trouve appendus à la racine de certaines dents cariées. Il pense qu'ils proviennent d'une dégénérescence kystique du cordon vasculo-nerveux de la dent.

Dupuytren fait faire un grand pas à l'étude de ces kystes, au point de vue clinique. Il décrit magistralement les kystes dentaires des mâchoires et les sépare nettement des autres kystes de la région.

Diday, dans sa thèse d'agrégation, propose de considérer les kystes comme dus à une altération du bulbe dentaire ou à un épanchement intrafolliculaire.

Forget, en 1852, consacre son excellente thèse à l'étude des variétés alvéolo-dentaire et multiloculaire des kystes maxillaires.

Guibout crut pouvoir faire plusieurs catégories dans les kystes dentaires, suivant leur origine et il distingua les kystes d'origine périostique, les kystes folliculaires et les sépara des kystes non dentaires de la région. Ses idées furent reprises par Broca, qui, à la suite de ses études sur l'évolution des dents, consacra aux kystes dentaires une étude qui devait faire loi pendant quinze ans. Il rejeta tout d'abord l'existence des kystes non dentaires et affirma l'origine dentaire de tous les kystes des mâchoires. Puis ayant étudié l'état différent des dents que l'on trouve incluses dans ces kystes, il admit que ces tumeurs se développaient aux dépens du follicule dentaire et que d'après l'époque d'évolution auquel était arrivée la dent au moment de l'apparition du kyste, celui-ci arrêtait l'accroissement de la dent et était cause de la présence dans sa paroi de dents plus ou moins bien formées ; il reconnut ainsi des kystes embryoplastiques, odontoplastiques et coronaires, suivant qu'on ne trouvait pas de dent formée, une dent incomplète ou une dent munie d'une couronne.

Cette division fut acceptée universellement.

Les anglais qui avaient étudié la question, émis des opinions semblables, sans souscrire formellement à la division.

Magitot, à son tour, en 1869 et 1872 adopta la théorie de Broca, mais il montra qu'elle ne répondait pas à tous les cas et qu'à côté, des kystes avec dent incluse il y en

avait nombre d'autres sans dent et notamment les petits kystes appendus à la racine des molaires; pour ceux-ci il adopta une théorie qui fit fortune et qu'il défendit toute sa vie, la théorie périostique.

Il admit que ces kystes, se développaient aux dépens du périoste alvéolo-dentaire, et répondit aux objections tirées de la présence d'un revêtement épithélial, à la face interne de ces kystes, que cet épithélium se formait par genèse puisqu'il existait normalement dans le ligament périostique enfin qu'il provenait d'une transformation des cellules conjonctives.

D'ailleurs sa théorie jointe à celle de Broca fut longtemps admise sans conteste et les essais d'explication pathogénique tentés en Allemagne par Mikulicz, en Angleterre par Heath, en France par Gosselin, n'eurent aucun succès.

Cependant dès 1875, Verneuil ayant observé un cas de kyste dentaire, avait pensé que les masses épithéliales provenaient des débris épithéliaux paradentaires que l'on rencontre dans les gencives des fœtus mais il ne fut pas écouté. Cependant son idée fut reprise par Reclus à propos d'un épithélioma térébrant du sinus maxillaire. Quelques années plus tard Verneuil eut encore l'occasion de soutenir ses idées que les travaux de Malassez devaient confirmer si complètement. C'est en effet à Malassez que revient l'honneur d'avoir imposé par ses travaux la théorie paradentaire que tout le monde admet aujourd'hui et d'avoir triomphé des idées de Broca et de Magiot que tout le monde acceptait quand il publia ses études sur la question, chefs-d'œuvre de recherches

patientes et éclairées et de déductions conduites avec une sûreté de jugement admirable.

Il établit tout d'abord, la persistance normale de débris paradentaires au voisinage des racinès dans l'épaisseur des gencives, puis montre leur prolifération, saisit sur le fait la production de ces petits kystes que l'on trouve appendus à la racine des dents montre leur accroissement possible, explique la formation des kystes dentigères et la production possible des kystes multiloculaires.

Ces études, sagement menées, donnaient chaque jour à la théorie paradentaire des bases plus solides et ce que Verneuil avait soupçonné se confirmait pleinement. En 1874, Malassez établissait l'existence des débris paradentaires; en 1881, Charcot, le premier développait ses idées que tout le monde combattit, puis en 1884 et 1885, il défendit lui-même sa théorie qui commença à rallier les suffrages, les preuves à l'appui étant irréfutables. Pendant trois ans Albarran apporta des matériaux nouveaux pour étayer l'opinion de son maître Malassez, et en 1887, Magitot était seul défenseur de sa théorie périostique qui n'était plus soutenable. C'est alors que dans sa belle étude de la *Revue de chirurgie* de 1888, Albarran colligea, toutes les preuves en faveur de la théorie paradentaire et l'établit d'une manière définitive en France pour toutes les variétés de kystes dentaires.

Cependant en Angleterre, tandis que Heath s'en tenait à sa théorie, Eve avait proposé une origine gingivale aux tumeurs kystiques des dents et basant son opinion sur un cas de prolifération de l'épithélium de la gencive, il

avait admis la participation de celle-ci, dans tous les cas de kystes.

En Allemagne, la théorie de Malassez ne fut admise que par Allgayer, les autres se rattachant à la théorie d'invagination ectodermique embryonnaire de Mikulicz, qu'ils avaient plus ou moins modifiée. La question pathogénique était donc établie en 1888 ; depuis, les travaux qui ont paru sur la question n'ont fait que la confirmer, en lui apportant de nouvelles preuves.

La partie clinique n'avait pas été négligée, et les nombreuses observations publiées tant en Angleterre qu'en France avaient permis aux auteurs de traités didactiques d'établir la physionomie des kystes dentaires. Ils avaient cru devoir établir plusieurs catégories absolument distinctes suivant que le kyste contenait une dent ou n'en contenait pas ou bien qu'il était à une ou plusieurs poches. C'est ainsi que s'était formée cette nomenclature de noms variant presque avec chaque auteur et bien capable de jeter le trouble dans l'esprit des lecteurs : Les kystes à dent incluse devenaient kystes dentifères, dentigères ou folliculaires ; les kystes uniloculaires recevaient les noms de kystes alvéolo-dentaires (Forget), kystes périostiques (Magitot), kystes odontopathiques (Duplay), kystes radiculaires (Aguilhon de Sarran), kystes radiculo-dentaires (Malassez), kystes appendiculaires (Albarran), kystes épithéliaux uniloculaires (Namier). Et les kystes multiloculaires s'intitulaient maladie kystique ou épithélioma kystique multiloculaire.

Notre étude tendra à prouver que cette division est

superflue et que la doctrine uniciste de Malassez peut s'étendre même à la clinique et englober toutes les variétés sous la dénomination générale de *kystes épithéliaux paradentaires*.

ANATOMIE NORMALE

Au début de ce travail il nous semble bon d'emprunter au travail de M. Albarran son excellente description de la dent et de son évolution, qui nous permettra de comprendre à la suite de quels troubles odontogéniques peuvent se former les kystes et quel est leur siège exact.

LIGAMENT ALVÉOLO-DENTAIRE. MASSES ÉPITHÉLIALES PARADENTAIRES CHEZ L'ADULTE.

« Le bord dentaire des maxillaires présente une série de cavités séparées les unes des autres par des cloisons osseuses verticales, et destinées à loger les dents.

Les parois des alvéoles ainsi formées ne sont pas revêtues d'une couche de tissu compact, mais sont constituées par du tissu spongieux; il en résulte une large communication entre la cavité alvéolaire et les lacunes du tissu spongieux, l'alvéole elle-même représentant une de ces lacunes très agrandie. Sur des coupes de mâchoires décalcifiées, comprenant à la fois les parties molles et dures on voit que la dent est suspendue dans l'alvéole et qu'elle se trouve séparée de ses parois par un ligament qui d'un

côté prend insertion sur l'os ; et de l'autre s'implante sur la racine de la dent, recouverte comme l'on sait, par le ciment, qui n'est qu'une variété de tissu osseux.

La forme de la racine étant cylindro-conique, et le ligament l'entourant de toutes parts, il en résulte que sa forme est circulaire et qu'il représente une sorte de manchon. Étudiées dans une alvéole de la mâchoire inférieure, les fibres de ce ligament sont dirigées pour la plupart de haut en bas et de dehors en dedans, par rapport à l'axe de la dent, c'est-à-dire que leur extrémité osseuse est plus élevée que leur extrémité cémentaire. Tout à fait en haut, la direction des fibres change ; elles se disposent en éventail, c'est-à-dire que d'abord elles vont transversalement et directement de l'alvéole à la dent et que les fibres les plus supérieures, celles qui s'attachent à la base de l'alvéole et au collet de la dent sont obliques de bas en haut et de dehors en dedans.

Au microscope ce ligament apparaît formé par des faisceaux fibreux qui à l'égal des autres ligaments de l'économie se continuent avec la substance fondamentale de l'os sous forme de fibres de sharpey ; il en est de même du côté du ciment.

Comme le ligament rond du fémur, le ligament alvéolo-dentaire est très vasculaire et les vaisseaux sous forme de larges lacunes, sont contenus dans des espaces interceptés par les faisceaux conjonctifs, fibreux ; dans ces espaces on trouve, en outre, un tissu conjonctif lâche et même, chez les enfants, quelques éléments de la moelle des os. Les capillaires sanguins et les nerfs à myéline y sont très abondants.

Débris paradentaires de Malassez. — Arrivée au niveau de la partie inférieure de la couronne d'une dent, la couche épithéliale de la gencive descend obliquement pour aller finir au niveau du collet ; ainsi se trouve formée la sertissure, petit sillon circulaire qui entoure la partie de la couronne la plus rapprochée de l'os. A ce niveau les papilles du derme sont plus longues, et le tissu conjonctif de la gencive contient un plus grand nombre d'éléments cellulaires.

C'est dans cette partie de la gencive et dans toute la hauteur du ligament alvéolo-dentaire que se trouvent logés presque tous les débris paradentaires dont la découverte est due à Malassez.

Ces débris épithéliaux ont, dans leur ensemble, l'aspect d'un réseau de fines travées à mailles très larges qui entoure la dent de l'extrémité de la racine à son collet comme un filet de ballon. Sa pauvreté est telle que dans certaines coupes on n'en voit pas de traces, mais dans la plupart des préparations on reconnaît des tronçons sous forme de cordons sinueux allongés, ou bien comme de petites masses circulaires si la coupe a été faite en travers d'un des cordons. Un épaissement du réseau répond au faisceau radié, (partie supérieure) du ligament, et c'est à ce niveau qu'on observe plus facilement les débris paradentaires.

Exceptionnellement, on trouve quelque masse épithéliale qui au lieu d'être logée comme les autres près du ciment dans la partie interne du ligament, se trouve plus en dehors, et même plonge dans les espaces les plus voisins du tissu spongieux.

Loin des dents, dans le tissu même de la gencive, on trouve parfois de petites masses épithéliales se présentant souvent sous forme de globes épidermiques.

La structure de ces débris est très simple ; ils sont formés par de petites cellules pavimenteuses à gros noyau ; dans quelques-uns d'entre eux, les cellules pavimenteuses sont entourées de cellules cylindriques qui parfois limitent une très petite lumière centrale, ou plus souvent se touchent par leurs sommets. »

Développement des dents. — « Vers le quarantième ou le quarante-cinquième jour de la vie intra-utérine, l'épithélium qui recouvre le bord gingival de la mâchoire forme dans toute l'étendue de ce bord une saillie lisse qu'on nomme le bourrelet épithélial. Sur une coupe perpendiculaire de la mâchoire on voit que ce bourrelet s'enfonce dans le tissu embryonnaire des maxillaires sous forme d'une bande épithéliale légèrement convexe en dehors du côté qui regarde la joue. Bientôt on voit naître vers le milieu de la face concave du bourrelet, une saillie transversale, dont l'extrémité la plus rapprochée de la bouche s'incurve un peu en forme de croc. Kœlliker a donné à cette saillie le nom de lame épithéliale. Le bourrelet et la lame épithéliale qui en est le prolongement sont formés par des cellules pavimenteuses, séparées du tissu conjonctif embryonnaire par une rangée de cellules cylindriques qui repose sur une membrane basale.

Bientôt le bord libre incurvé de la lame épithéliale va présenter de distance en distance de petits renflements qui constituent les germes des dents futures. Ces bourgeons s'allongent et restent attachés à la lame épithéliale

par des pédicules rétrécis qui constituent les cordons folliculaires, tandis que la partie renflée, le bourgeon prend le nom d'organe adamantin. En se développant le bourgeon adamantin ne s'enfonce pas perpendiculairement dans les tissus sous-jacents mais il se dirige d'abord en dedans, puis directement en bas ce qui donne à son pédicule une direction sinueuse (Legros et Magitot).

A peine l'organe de l'émail a-t-il pris sa place définitive, qu'on le voit se déprimer à son extrémité profonde, en cul de bouteille et cette dépression loge la papille, qui, elle, est née au-dessous du tissu conjonctif de la mâchoire et qui peu à peu se trouve complètement recouverte sur ses faces latérales et sur son sommet par l'épithélium de l'organe adamantin, sa base restant libre.

Arrivé à cette période, on voit le tissu conjonctif qui entoure le bourgeon de l'émail se différencier de plus en plus et devenir fibrillaire ; cette différenciation qui commence sur les parties latérales, se continue en haut et bientôt le bourgeon de l'émail entouré dans toute sa surface externe par une capsule conjonctive, va se trouver séparé du cordon épithélial qui le rattachait à la lame épithéliale (Albarran). Cette capsule constitue les parois du follicule ; en haut, elle est complètement fermée, en bas elle se continue avec la base de la papille immédiatement au-dessous de la réflexion de l'organe de l'émail, c'est-à-dire, au dessous du rebord de fond de bouteille représenté par cet organe.

On nomme follicule dentaire l'ensemble du petit appareil formé par la papille coiffée de l'organe adamantin, qui lui-même est entouré des parois du follicule.

L'organe de l'émail se trouve formé :

1° Dans sa partie centrale par des cellules épithéliales étoilées anastomosées par leurs prolongements (tissu muqueux de l'émail).

2° Du côté de la papille et du côté de la paroi folliculaire, ces cellules sont en rapport avec deux ou trois rangées de cellules cubiques, qui présentent de petits filaments protoplasmiques, les unissant les unes aux autres et aux prolongements étoilés des cellules précédemment décrites (*Stratum intermédiaire*, Ranvier).

3° Du côté de la papille comme du côté correspondant au sac folliculaire, l'organe de l'émail est limité par une couche de cellules cylindriques reposant sur une membrane basale (cellules limitantes), par leur extrémité périphérique, et présentant par leur extrémité centrale des prolongements protoplasmiques anastomosés avec les filaments des cellules du stratum intermédiaire.

Les cellules limitantes qui bordent la papille présentent : un protoplasme strié ; un plateau du côté de la papille ; un prolongement ou filament protoplasmique, qui traverse ce plateau (prolongement de Tomes) et qui plus tard se calcifie pour former les prismes de l'émail (Ranvier).

La papille est formée de tissu conjonctif et l'on voit les cellules conjonctives, qui forment sa partie périphérique, prendre une forme cylindrique et simuler un épithélium bordant la papille. Par la suite la membrane basale se calcifie, formant le chapeau de dentine, et les cellules que nous venons de mentionner (cellules dentinaires) jouant le rôle d'ostéoblastes, la substance qui les sépare se charge

de sels calcaires pour constituer les parois des canalicules de l'ivoire, tandis que leur protoplasma en s'allongeant forme les fibres molles de l'ivoire contenues dans ces canalicules (Ranvier). »

Dents de remplacement ; bourgeons de troisième dentition et paradentaires.— « De la partie inférieure et postérieure du cordon épithélial de la dent de lait, part un bourgeon secondaire aux dépens duquel va se former la dent de remplacement, en suivant exactement le processus que nous venons de décrire pour la dent de lait. Du cordon épithélial de cette dent de remplacement part un nouveau bourgeon qui lui aussise dirige en arrière ; chez l'homme ce bourgeon n'arrive qu'exceptionnellement à constituer une dent : il représente une ébauche de troisième dentition (Albarran).

Il existe, en outre, un grand nombre de bourgeons épithéliaux qui, comme celui que nous venons de décrire en dernier lieu, disparaissent, par la suite, en grande partie, ce qui en reste constituant les débris paradentaires (Malassez). Ces enfoncements épithéliaux partent de l'épithélium de la gencive, de la lame épithéliale, des cordons folliculaires et de la face externe de l'organe de l'émail ; ils forment trois groupes dont le supérieur, placé tout près du bord de la gencive, a une grande tendance à prendre la forme de globes épidermiques (glandes du tarte de Serres). Le groupe moyen est situé dans l'épaisseur de la gencive entre la muqueuse et les follicules dentaires, la plupart des masses épithéliales qui les constituent sont formées de petites cellules polyédriques ; dans quelques-unes les cellules périphériques sont cylin-

driques ; il est très rare d'y rencontrer des globes épidermiques. Le troisième groupe provient de l'organe de l'émail et présente une certaine tendance à revêtir le type de cellules adamantines étoilées. *Alvéole de la dent de remplacement ; gubernaculum dentis ; ligament alvéolaire ; mécanisme de la poussée de la dent de remplacement.* « Au début, le follicule de la dent de remplacement n'est séparé de celui de la dent de lait que par du tissu conjonctif ; mais bientôt il apparaît entre les deux germes une cloison osseuse qui sépare les deux alvéoles.

L'alvéole de la dent définitive communique en haut avec la gencive par un canal osseux (iter dentis de Serres) qui contient le gubernaculum, formé lui-même par un trousseau fibreux contenant dans son épaisseur des masses épithéliales provenant du cordon folliculaire de la dent. Dans la partie supérieure et postérieure de cette alvéole se prolongeant par son extrémité supérieure jusque dans l'iter dentis, se trouve notre débris de troisième dentition.

Quand la racine de la dent de remplacement se développe, la dent se trouve poussée en haut et pour sortir au dehors elle va suivre le chemin que lui trace l'iter dentis, et cela d'autant plus facilement que, à ce moment, tous ces débris s'hypertrophient, frayant ainsi sa route à la nouvelle dent, car le tissu fibreux du gubernaculum fait place à ces nouveaux éléments épithéliaux à travers lesquels la jeune dent pourra passer facilement. Pendant ce temps, la cloison inter-alvéolaire est résorbée par ostéite et le même sort est réservé à une partie du bord

externe et du bord interne de l'os maxillaire en sorte que tout ce qui constituait l'alvéole de la dent de lait et les parois de l'iter dentis disparaît par ostéite (Albarran) ; la gencive elle-même subit un certain degré d'atrophie dans la portion correspondante à l'ancienne alvéole de lait, en s'abaissant elle contribue à faire apparaître au dehors la couronne de la dent nouvelle, résultat auquel contribue aussi le développement de la mâchoire elle-même qui, s'accroissant surtout par son bord convexe, fait tout naturellement apparaître la jeune dent, de plus en plus rapprochée de son bord supérieur.

A mesure que la racine de la jeune dent se développe, la partie du tissu conjonctif qui l'entoure et qui ne s'est transformée ni en os ni en ciment, forme en se différenciant le ligament alvéolo-dentaire (Albarran), qui, se développant au-dessous des parois du follicule, en est complètement indépendant. Ce ligament se trouvant entraîné en haut par la poussée de la racine, ses fibres qui, au début étaient parallèles à la nouvelle racine, prendront peu à peu l'obliquité décrite plus haut. »

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Deux faits dominant l'étude anatomo-pathologique des kystes dentaires. *

1° Ils sont en rapport plus ou moins direct avec une dent.

2° Ils sont tapissés intérieurement par un revêtement épithélial.

En un mot ce sont bien des kystes épithéliaux paradentaires.

ÉTUDE MACROSCOPIQUE

Lorsqu'il s'agit d'un kyste peu volumineux, c'est-à-dire qu'il est possible d'énucléer en entier, on peut examiner sa forme extérieure, son aspect, sa consistance; pour les kystes plus gros l'énucléation est souvent difficile, parfois impossible et les constatations macroscopiques peuvent rarement être faites, toutefois, tant en réunissant les quelques descriptions qui ont été données de grands kystes enlevés en totalité, qu'en jugeant, ce qui est légitime du plus petit au plus grand, il est possible de faire une étude macroscopique d'ensemble des kystes paradentaires.

Les kystes dentaires ne sont jamais encapsulés mais leur adhérence en général n'est pas intime avec les tissus voisins. Sans parler des kystes appendiculaires que l'on extrait avec la dent, ce qui prouve bien qu'ils n'adhèrent pas beaucoup à l'os, dans les grands kystes, il est possible, quand on les opère, de les séparer facilement de la paroi profonde de l'os. Du côté des gencives, alors que par son développement le kyste a provoqué de l'ostéite raréfiante et la disparition de la cloison osseuse, et qu'il est venu en contact avec la paroi gingivale, l'adhérence

est parfois plus grande, surtout s'il y a eu des phénomènes inflammatoires, mais elle n'est jamais intime.

Volume. — Le volume des kystes dentaires est très variable depuis le kyste microscopique contenu dans la paroi d'un plus grand kyste et qu'on peut considérer comme un rudiment, un embryon jusqu'au kyste uniloculaire, cité par Dupuytren, qui était gros comme une tête d'enfant. En fait il y a deux variétés de kystes, cliniquement différentes : le kyste appendiculaire dont la grosseur varie depuis une tête d'épingle jusqu'à une noisette et le kyste macroscopique cliniquement diagnostiquable et qui varie entre le volume d'une petite noix et celui d'un œuf. Les kystes plus volumineux sont exceptionnels et se rapportent d'ordinaire à des tumeurs polykystiques ayant envahi la plus grande partie du maxillaire.

Nombre. — Les kystes dentaires sont¹ ordinairement uniques sur un individu : cependant dans une des observations que nous citons on a trouvé deux dents incluses qui auraient pu être l'origine d'un kyste à côté d'un kyste dentigère déjà formé. Baum rapporte le cas d'un malade dont les deux sinus étaient dilatés par deux kystes.

Forme. — Les kystes, en général, sont lisses et régulièrement arrondis sans bords ni angles, sauf les kystes multiloculaires sur lesquels nous reviendrons dans un moment.

Beaucoup de ces kystes sont absolument sphériques, c'est le cas le plus fréquent pour les kystes appendicu-

lares : cependant nous citons les cas où le kyste avait la forme d'un grain de riz, et celui où la tumeur rappelait un bonnet phrygien. Les kystes plus volumineux sont moins réguliers, ils sont ordinairement aplatis d'avant en arrière et s'adaptent à la loge qu'ils se sont creusée par ostéite raréfiante.

Mais c'est toujours une forme assez régulièrement courbe que revêtent les kystes dentaires.

Les kystes multiloculaires peuvent être aussi plus ou moins lisses, parfois une simple dépression indique la séparation des loges, mais d'ordinaire ils présentent des bosselures très nettes qui parfois sont assez accentuées pour former comme des vésicules unies : la forme est alors très irrégulière tout en gardant dans son ensemble le type arrondi.

Couleur. — Certains kystes sont transparents et gris blanc, réfringents comme des grains de semoule, d'autres sont gris rosés, d'autres et c'est le plus grand nombre rouges, soit rouge clair, soit rouge foncé, comme du vieux sang. La couleur peut être uniforme, mais quelquefois certaines parties sont plus foncées, d'autres plus claires. Souvent la paroi est parcourue par des tractus blanchâtres qui s'entrecroisent sous diverses incidences et forment comme un réseau à la surface ; le kyste a alors l'aspect d'un caillot sanguin ancien, organisé.

Consistance. — La consistance varie beaucoup suivant les cas, elle tient à l'épaisseur de la paroi, au volume du kyste et à la nature du contenu. Certains kystes ont une consistance grasseuse, sont très mous et se laissent dé-

primer par le doigt, d'autres sont nettement fluctuants ; d'autres tendus et rénitents et dans quelques cas ils offrent une dureté osseuse. La consistance dans les kystes uniloculaires est uniforme. Pour les gros kystes à dent incluse, la consistance permet quelquefois de découvrir le siège de la dent incluse : en effet ce point a une dureté particulièrement grande et qui correspond au contact de la dent sentie à travers la paroi. Quant aux kystes multiloculaires leur consistance varie avec les différentes bosselures et avec leurs interstices : au niveau de certaines bosselures on a une mollesse fluctuante due à un contenu liquide ; à côté une sensation d'empâtement qui répond à un contenu butyreux, plus loin une dureté rénitente due à une vésicule très tendue ; entre les bosselures, les interstices sont remarquables par une dureté résistante bien en rapport avec leur nature fibreuse.

Point d'attache. — Les kystes sont en rapport direct avec la racine des dents, leur sont unis par un point rétréci, peu appréciable souvent, d'autres fois le kyste n'est pas sessile et présente un pédicule assez net, celui-ci peut même avoir une certaine longueur.

Les kystes dentigères et multiloculaires sont naturellement sessiles.

Siège. — Les kystes dentaires siègent dans les maxillaires au niveau des alvéoles. Les petits kystes appendiculaires se rencontrent aux deux mâchoires, mais de préférence à la mâchoire supérieure ; les kystes appréciables se trouvent aussi aux deux maxillaires, les kystes uniloculaires, de préférence au maxillaire supérieur les

kystes multiloculaires en grande majorité au maxillaire inférieur, bien qu'une de nos observations décrive un kyste multiloculaire du maxillaire supérieur : les kystes dentigères se voient au maxillaire inférieur également, bien qu'on trouve quelque exception. Le côté gauche et le côté droit sont pris indifféremment.

Bien entendu, s'il s'agit d'un kyste développé autour d'une dent hétérotypique ; le siège est très variable parfois déconcertant ; c'est ainsi que Magitot cite un kyste sous-orbitaire et un autre de la voûte palatine ; Barnes du rebord orbitaire et gensoul de l'apophyse montante du maxillaire.

Les kystes, en se développant, ont une tendance marquée à saillir à la paroi antérieure et ils font un relief appréciable au-dessus des arcades dentaires ; cependant au maxillaire supérieur cette saillie n'est jamais très considérable, par suite du refoulement de la paroi du sinus par pression excentrique du kyste, et il faut toujours s'attendre à trouver quand on incise, une cavité beaucoup plus grande qu'elle ne paraissait.

C'est au niveau des molaires, que la majeure partie des kystes se développe et parmi toutes les autres molaires, soit la première grosse molaire, soit les prémolaires paraissent les lieux d'élection. Les canines et les incisives sont beaucoup plus rarement atteintes et cela par suite de la largeur de l'*iter dentis* de ces dents qui, nous le verrons, les préserve de ces kystes. Cependant nous citons un cas de kyste développé aux dépens d'une petite incisive.

Coupe. — La résistance que l'on éprouve varie beaucoup suivant le kyste qu'on incise. Lorsque la paroi est épaisse, fibreuse, le couteau glisse, entame difficilement ; si au contraire la paroi est molle, embryonnaire le couteau entre facilement.

Paroi. — Dans les petits kystes la paroi est quelquefois assez épaisse et peut aller jusqu'à 3 millimètres. Les kystes plus volumineux ont au contraire une paroi beaucoup plus mince ; parfois elle ne dépasse pas deux à trois dixièmes de millimètre et n'atteint presque jamais 1 millimètre et demi. L'épaisseur de la paroi n'est pas uniforme ; sans parler des épaisissements et des saillies papillaires que l'on trouve dans l'intérieur des kystes et que nous étudierons tout à l'heure, la paroi elle-même varie suivant les points de un demi à un millimètre. Un épaisissement existe au niveau du point où est insérée la dent ou le rudiment de dent. La face interne de la paroi est parfois absolument lisse, d'autres fois elle est tomenteuse, rugueuse un peu mamelonnée ; c'est le cas pour les kystes dentigères. La paroi peut émettre une quantité plus ou moins grande de fongosités saignantes qui emplissent la cavité ; la paroi peut encore être papillaire et Magitot cite un cas où une papille émanée de la paroi emplissait la plus grande partie d'un kyste : ces papilles sont tantôt sessiles, tantôt pédiculées. C'est encore de la paroi que partent les cloisons qui séparent en loges, un kyste multiloculaire, les cloisons dont la configuration varie beaucoup avec chaque cas sont tantôt de simples saillies laissant une très large communication en-

tre les poches, ce sont alors de simples ébauches de cloisons déterminant seulement deux ou trois grandes poches accompagnées de petites poches secondaires; ou bien il s'agit comme dans un cas d'Adams, d'un cloisonnement qui est très serré faisant, du kyste, une série d'alvéoles; d'autres fois encore il y a une poche principale dans la paroi de laquelle s'ouvrent de petits kystes, comme l'a rapporté Watgtstaffe; les cloisons sont tantôt de simples brides friables, tantôt des membranes fibreuses et bien organisées, tantôt enfin de véritables cloisons fermes épaisses s'appuyant sur des lames osseuses et comprenant des fibres lamineuses unies en faisceaux. Quelquefois ces cloisons prennent une telle importance qu'elles forment la partie principale de la tumeur : certaines parties d'un kyste multiloculaire peuvent ainsi subir une transformation sarcomateuse ou épithéliomateuse et devenir des tumeurs solides, kystiques.

Dans la paroi, enfin, se rencontrent soit les dents incluses, dans les kystes dentigères soit la racine des dents, dans les variétés multi et uniloculaire.

Les dents incluses, comme l'avait si bien observé Broca après Diday et Guibout, peuvent se présenter à toutes les périodes de leur développement; c'est sur cette base, d'ailleurs, que Broca avait établi sa classification des kystes dentaires. Tantôt on ne rencontre que des rudiments de dents, des masses adamantines ou d'ivoire, qui représentent tout au plus l'ébauche d'une dent, parfois même ce ne sont que des grains d'ivoire qui se rencontrent dans la paroi. Ces rudiments de dent peuvent être

alors contenus entièrement dans la paroi, sans faire saillie dans l'intérieur du kyste.

Très fréquemment on trouve une dent formée complètement et dont la couronne saillante dans l'intérieur du kyste est en contact direct avec son contenu. Ces dents ne sont pas normales d'ordinaire : la couronne est petite, déformée, rugueuse, pleine, la dent est d'ailleurs déviée, sa couronne regarde latéralement ou en haut, Tomes cite même un cas où la dent était totalement inversée, la face triturante regardant le fond de l'alvéole, il faut reconnaître dans ces déviations, la même cause qui a présidé à la formation du kyste. Les racines sont rudimentaires, elles ne présentent pas de canal médullaire et peuvent même ne pas exister.

Les dents sont souvent assez bien formées pour qu'il soit possible de les reconnaître. Le plus souvent il s'agit d'une molaire ayant les caractères d'une dent de remplacement, la molaire même qui manque à la mâchoire et dont la sortie n'a pu avoir lieu par suite de la déviation ou de l'oblitération de l'iter dentis, comme nous le verrons bientôt ou par la persistance de la dent de lait correspondante, comme dans le cas de Tomes où la dent incluse était contenue, inversée entre les racines de la dent de lait ; on conçoit que dans ces cas, le compte des dents est normal à la mâchoire inférieure. On ne trouve pas toujours une molaire de remplacement ; Salter a vu une molaire de lait, Cartwright une molaire supplémentaire, Heath une canine temporaire, Maisonneuve, Féarn et d'autres encore, une canine ce qui n'est pas rare, enfin Syme une incisive.

La dent est le plus souvent unique, surtout si c'est une dent complètement formée; mais les cas de dents multiples existent; quelques auteurs citent des kystes à 2 et 3 dents formées; Tomes a vu 15 dents, Tellaider et Oudet 24 et 25 dents; ce sont alors des exceptions.

Les dents dans les variétés de kystes, où n'existent pas de dents incluses, sont en contact avec la poche par leur racine; cependant certains de ces kystes restent séparés de la dent la plus voisine par une certaine épaisseur de tissu conjonctif et c'est même un de ces cas qui a permis à Malassez de combattre la théorie périostique et d'étayer sa théorie paradentaire. Mais dans l'immense majorité des cas, la racine de la dent est en contact avec le kyste.

La plupart des kystes appendiculaires et uniloculaires présentent un collet, un pédicule, une portion resserrée qui correspond à leur insertion sur la racine. Magitot voulait que ce fût toujours au sommet de la racine que se fit l'insertion, ce n'est pas absolument exact et l'on a vu des cas où le pédicule se trouvait sur la portion latérale de la racine, mais on doit reconnaître que le sommet est le lieu d'élection de l'insertion kystique. Le kyste coiffe la racine et son insertion se fait tout autour de la surface radiculaire à une distance plus ou moins grande du sommet; il serait plus juste de dire, que la racine, par la pression qu'elle exerce sur la paroi du kyste finit par la perforer et par pénétrer dans l'intérieur. Quoi qu'il en soit la dent est libre dans le kyste et peut y être mobilisée. Cette racine est rarement normale; rugueuse, déformée dépolie, elle présente des lésions d'ostéite dues, soit

à la progression de la carie, cause de la formation du kyste, soit au contact continu et prolongé avec le contenu du kyste : elle subit en général un travail de résorption très net.

Contenu. — Quand on ponctionne ou qu'on incise un kyste, on donne, en général, issue à du liquide plus ou moins épais d'aspect très variable ; mais il est des cas où l'ouverture du kyste ne donne issue à rien du tout. Le kyste est vide, déshabité et réduit à sa coque : ceci se présente quelquefois dans les petits kystes appendiculaires et il arrive que la paroi est assez épaisse pour avoir conservé sa forme et n'avoir nullement paru privée de son contenu. Dans ces cas les parois présentent l'aspect adulte, elles sont peu vasculaires et sont formées d'un tissu conjonctif bien organisé ; quelquefois elles subissent la dégénérescence calcaire. Vraisemblablement le liquide qui existait au moment du développement du kyste s'est écoulé par l'alvéole et la dent cariée ou s'est résorbé.

Dans la majorité des cas, le kyste est plein. Le liquide qui s'écoule varie beaucoup d'aspect, le liquide typique est clair, bien lié, jaunâtre, huileux, filant, sans odeur, de goût un peu salé ; dans le liquide ne flotte aucune particule solide, la ponction l'aspire avec lenteur.

Mais dans certains cas, il est mélicérique, il peut être teinté en brun chocolat par le sang, ou même être franchement rouge, quand la paroi vasculaire saigne au moment de l'évacuation ; d'autres fois, il est clair, limpide et très fluide comme du liquide de kyste hydatique.

Souvent dans le liquide nagent des éléments solides tantôt des filaments blanchâtres ou bien des grumeaux plus ou moins cohérents, ou bien encore des papillomes, des fongosités détachées de la paroi, enfin des grains dentaires, des particules de ciment ou d'ivoire et même des dents complètes qui au lieu d'être implantées dans la paroi sont libres dans le liquide.

Le contenu est quelquefois solide : parfois il a un aspect blanchâtre de lait caillé ou est formé d'une matière lardacée ; Nélaton a signalé le contenu d'un kyste qui avait l'aspect de frai de poisson. D'autres fois la cavité est remplie par des fongosités molasses venant de la paroi ou même par une ou deux grosses papilles plus ou moins pédiculées. On a signalé aussi, dans la variété appendiculaire, l'aspect butyreux du liquide qui a alors une odeur repoussante. Enfin on peut trouver du séro-pus ou même du pus franc quand le kyste est infecté. S'il s'agit de kystes multiloculaires le contenu n'est pas toujours le même dans chaque poche, on peut trouver un liquide jaune, filant, dans une partie et gélatineux un peu plus loin : dans un cas de Barnes deux loges communicantes contenaient l'une de la matière jaune lardacée, l'autre un liquide laiteux.

La quantité du liquide épanché varie beaucoup et est en rapport naturellement avec la grosseur du kyste. Nous rappelons que pour les kystes du maxillaire supérieur qui peuvent, en déprimant la paroi du sinus, se loger en partie dans la dépression produite, les renseignements que donne l'examen du kyste, avant son incision, peuvent être erronés et faire supposer un kyste beaucoup plus

petit qu'il n'est réellement. Cette quantité de liquide varie entre quelques grammes et 250 et même 400 grammes (Forget).

Le microscope montre que le liquide contient des cellules épithéliales desquamées ayant plus ou moins subi la dégénérescence graisseuse, des leucocytes, des hématies, des granulations, des globules graisseux, de petits grains dentinaires, et c'est la quantité plus ou moins grande de ces éléments figurés qui donne au liquide les différents aspects que nous avons décrits : on y trouve des globules de pus et des microbes ordinaires de la suppuration : streptocoques, staphylocoques en plus ou moins grande abondance quand le kyste est infecté.

L'analyse chimique montre que le liquide contient de l'albumine en forte proportion, de la mucine, de la cholestérine, quelques acides gras, d'où son odeur dans quelques cas, et qu'il a en général une réaction alcaline.

ÉTUDE MICROSCOPIQUE

La paroi des kystes dentaires comprend deux tissus que l'on doit étudier séparément :

- 1° Un stroma conjonctivo-vasculaire ;
- 2° Des éléments épithéliaux formant un revêtement interne et des bourgeons.

1° *Stroma conjonctivo-vasculaire.* — Le tissu conjonctif forme la plus grande partie de l'épaisseur de la paroi ; il existe d'ailleurs suivant les cas à tous les degrés de son évolution.

Tantôt on rencontre uniquement du tissu conjonctif embryonnaire, vaguement fibrillaire et infiltré de cellules tantôt rondes à gros noyau et à protoplasma granuleux ; tantôt la paroi ne comporte que des faisceaux de tissu conjonctif adulte formant d'épais trousseaux filtreux.

Tous les intermédiaires peuvent se recontrer d'ailleurs toute l'épaisseur de la paroi et tous les points de la tumeur ne présentent pas du tissu conjonctif au même degré d'évolution ; les parties périphériques sont en général formées de faisceaux, de fibres conjonctives parallèles à la paroi et qui se superposent, puis le tissu devient plus

jeune, les faisceaux sont moins épais ce n'est plus que du tissu fibrillaire où se rencontrent déjà des cellules conjonctives; enfin vers la partie interne le tissu est tout à fait jeune, embryonnaire, infiltré d'éléments cellulaires et même on a par places du tissu muqueux. C'est à l'importance du tissu conjonctif et à sa période d'évolution qu'il faut rapporter la consistance de la paroi. Dans les kystes multiloculaires, on peut trouver, surtout vers la périphérie de petites bandes osseuses parallèles à la surface et qui pénètrent plus ou moins profondément dans l'intérieur de la paroi: ils sont dus à un processus formatif qui paraît marcher de pair avec une ostéite raréfiante qui détruit l'os préexistant et agrandit la loge osseuse du kyste, processus qui peut aller jusqu'à la destruction soit de la paroi externe, si bien que le kyste vient au contact de la gencive, soit du sinus d'où éruption du kyste dans la cavité sinusienne. Au niveau de l'implantation des dents incluses ou de l'insertion sur les racines dentaires les fibres conjonctives pénètrent dans l'intérieur du tissu dentaire, du ciment sous forme de fibres de Sharpey qui se mêlent et se confondent avec les fibres du ligament alvéolo-dentaire.

Ce tissu conjonctif contient encore souvent des grains dentinaires et de petites masses dentaires plus ou moins irrégulières. Le tissu conjonctif peut quelquefois s'incruster de sels calcaires qui rendent la paroi particulièrement rigide.

Les fibres conjonctives peuvent en certains points s'écarter, se former en anneau fibreux autour d'une petite cavité kystique quelquefois microscopique mais reprodui-

sant l'aspect et la disposition du kyste primitif. C'est là un acheminement, une amorce, à la production d'un kyste multiloculaire. Le réseau vasculaire provient du réseau alvéolaire ; il est d'autant plus important et apparent que le tissu conjonctif qui forme la paroi est plus jeune ; certaines tumeurs à fongosités saignantes, à contenu hématique ont un réseau capillaire très apparent et gorgé de sang.

Au contraire dans les parois très fibreuses, anciennes, épaisses, le réseau capillaire est peu important et surtout peu apparent. M. Magitot a décrit des filets nerveux dans la paroi des kystes dentaires.

Les racines dentaires ou les dents incluses sont microscopiquement altérées. La cavité pulpaire n'existe pas, les racines sont atrophiées en état de résorption, cependant l'ivoire est conservé et l'on peut même voir persister une légère couche de ciment.

2° Tissu épithélial.

Les kystes sont tapissés intérieurement d'un revêtement épithélial partout continu, sauf au niveau de l'insertion sur la dent ou sur sa racine : celles-ci sont donc bien intra-kystiques. Le revêtement partout continu est quelquefois d'une excessive minceur et peu apparent, mais il est possible de le décèler sur toute la paroi interne. Ce revêtement est en général formé de plusieurs rangées de cellules ; quand le kyste est volumineux et plein de liquide la rangée interne est ordinairement formée de cellules aplaties par la pression et ayant perdu leurs caractères typiques elles ne sont jamais cornées.

Mais dans les couches suivantes, il est possible de retrouver les deux types qu'adoptent les cellules épithéliales, suivant leur plus ou moins grand degré de différenciation : le type pavimenteux, le type adamantin, que nous décrirons dans un instant. La couche épithéliale profonde qui repose directement sur le tissu conjonctif sans interposition de membrane basale, revêt quelquefois le type cubique ou cylindrique. De ce revêtement épithélial partent des bourgeons épithéliaux plus ou moins abondants suivant le degré de vitalité de l'élément épithélial, bourgeons assez peu nombreux dans certains kystes appendiculaires et dentigères très importants dans les kystes multiloculaires en voie d'accroissement. Ces bourgeons qui s'enfoncent dans la paroi conjonctive tantôt isolés, tantôt anastomosés, quelquefois sinueux ou bifurqués à contours irréguliers de taille très variables sont tantôt pleins, tantôt cavitaires ; ce sont eux qui déterminent en se creusant la formation de ces petits kystes microscopiques dont le revêtement épithélial interne est le même que celui des grands kystes, parfois ces bourgeons vacuolaires revêtent un aspect glanduliforme.

Deux espèces épithéliales peuvent former ces bourgeonnements : des cellules pavimenteuses, des cellules adamantines que nous allons maintenant étudier.

Les cellules pavimenteuses qui constituent certains bourgeons sont polygonales, mais bien plus petites que celles de la gencive : parfois ces cellules ne présentent pas de filaments d'union, tandis qu'à côté on en voit dont les filaments sont des plus nettement anastomosés ; certaines fois les cellules pavimenteuses se rencontrent seu-

lement à la partie centrale des bourgeons, une couche ordinairement unique de cellules allongées perpendiculairement à l'axe, en occupant la périphérie, au milieu de ces masses pavimenteuses, Malassez a signalé parfois des végétations myxomateuses analogues à celles du cylindre. D'ailleurs la dégénérescence de ces cellules pavimenteuses, dans les kystes multiloculaires peut aboutir soit à la production de lames cornées concentriques comme on en rencontre dans l'épithélioma perlé, soit à la formation de globes épidermiques.

Les cellules adamantines qui répondent à un degré de différenciation plus avancé peuvent revêtir trois dispositions principales, dit Albarran :

« 1° Certaines masses épithéliales se trouvent formées par une rangée périphérique de cellules cylindriques et par une masse centrale de petites cellules indifférentes à gros noyau, sans limites bien distinctes, cette structure correspond à celle des cordons folliculaires ;

2° Dans d'autres productions épithéliales on voit encore une rangée extérieure de cellules cylindriques plus ou moins hautes, tandis que la partie centrale contient des cellules étoilées à prolongements anastomosés, en tout semblables à celles du tissu muqueux épithélial de l'organe de l'émail : parfois on voit dans la masse épithéliale des portions contenant des cellules indifférentes ou même des cellules pavimenteuses à filaments d'union ;

3° Dans un degré de différenciation plus élevé dans le sens adamantin, on peut observer entre les cellules épithéliales et la paroi conjonctive du kyste, une couche d'émail. Cette disposition n'a été vue que par Bernays qui décrit

des cavités contenant des cellules épithéliales indifférentes tapissées par une rangée de cellules cylindriques qui reposent sur une couche homogène perlée de même épaisseur que ces cellules. Cette couche est finement striée par des rayons partant de l'épithélium cylindrique : elle est un produit évident de l'épithélium de l'émail et se trouve constituée par de la substance adamantine.

En somme tous les kystes présentent la même structure : c'est un stroma fibro-vasculaire avec un revêtement épithélial plus ou moins bourgeonnant ; ce sont donc bien des kystes épithéliaux.

ÉTIOLOGIE

Les kystes paradentaires sont loin d'être rares.

Dans la clientèle des dentistes, c'est chaque semaine et plus que l'extraction d'une dent révèle un kyste appendiculaire insoupçonné. Les kystes tangibles sont d'une constatation moins fréquente ; ceux-là sont plutôt du domaine du chirurgien, ce sont ceux qu'on a l'occasion d'observer à l'hôpital et il ne se passe pas d'année qu'on n'ait l'occasion d'en voir deux ou trois cas dans un service hospitalier. D'autre part, ce sont de beaucoup les tumeurs les plus fréquemment constatées au maxillaire ; seule l'épulis peut-elle être mise en parallèle pour sa fréquence.

Comme pour toutes les tumeurs bénignes, l'étiologie des kystes, est des plus obscures. Un malade a une mauvaise dentition, la carie a atteint plusieurs de ses dents, les chances d'infection sont égales pour toutes : pourquoi l'une d'elle sera-t-elle cause de la formation d'un kyste alors qu'une autre déterminera de la périostite alvéolo-dentaire et un abcès, et une troisième ne donnera lieu à aucun symptôme ?

Degré dans l'infection, répond-on, virulence plus active, c'est là une réponse, en effet, mais non une explica-

tion. Quoi qu'il en soit c'est vraisemblablement à une infection lente, peu active, provoquant une irritation des débris paradentaires qu'on rapporte, assez généralement, l'origine des kystes dentaires, ainsi que nous le verrons au chapitre pathogénique.

L'hérédité ne paraît pas jouer un rôle net dans la production de ces tumeurs : cependant, dans une de nos observations, la sœur du malade était également atteinte d'un kyste : est-ce une simple coïncidence ou une tare héréditaire ? Nous ne saurions nous prononcer.

Les deux sexes sont atteints, mais les différentes statistiques donnent une préférence très nette au sexe féminin : dans nos 19 observations 12 femmes sont atteintes contre 7 hommes seulement, il y a donc bien là une localisation plus fréquente chez la femme.

L'âge varie beaucoup, Coste cite comme âges extrêmes six mois et 75 ans. On voit donc que les kystes peuvent se rencontrer à tout âge ; mais il est certains âges qui paraissent plus favorables à la production de ces tumeurs : c'est d'une part l'enfance de 6 à 10 ans, au moment où se forme la dentition définitive, et c'est plutôt alors des kystes dits dentigères c'est-à-dire, contenant une dent implantée dans leur paroi que l'on rencontrera ; c'est d'ailleurs bien naturel puisque la formation du kyste est liée dans ces cas à l'évolution dentaire. Ensuite c'est vers 25 à 35 ans que l'on rencontre plus fréquemment les kystes soit appendiculaires, soit à une ou plusieurs loges : cette division n'a d'ailleurs rien d'absolu puisque nous citons le cas d'un homme de 34 ans porteur d'un kyste dentigère. Ce-

pendant cela paraît répondre à un assez grand nombre de cas.

L'influence des causes extérieures paraît peu établie. Les malades si prompts d'habitude à donner une cause aux tumeurs dont ils sont atteints, ne donnent dans ce cas aucune explication nette et probante du début de leur affection.

PATHOGÉNIE

La pathogénie des kystes paradentaires a occupé depuis longtemps les auteurs et nous avons vu que Jourdain déjà était en lutte avec Runge, il y a plus d'un siècle, sur une théorie pathogénique des kystes dentaires, l'un supposant, qu'ils avaient les dents pour origine, l'autre que les alvéoles étaient envahies secondairement.

Pendant la première moitié du siècle, on avait définitivement établi l'origine dentaire des kystes mais sans émettre d'opinion très probante sur leur cause étiologique. Diday en 1839 prétendait sans donner d'explication, qu'ils étaient dûs à une altération du bulbe dentaire ou à un épanchement intra-folliculaire lié au développement des dents.

Avec Broca la pathogénie des kystes dentaires étudiée avec grand soin parut être définitivement établie. Pour lui toutes les variétés de kystes des mâchoires relevaient d'une origine dentaire : les kystes prenaient naissance dans l'organe de l'émail devenu kystique et la période de l'évolution dentaire à laquelle survenait le kyste en marquait différentes variétés. Il était donc nettement uniciste. Il admit un kyste embryo-plastique formé avant la cons-

titution de la dent et où le bulbe atrophié serait étalé sur la paroi du kyste. Ici on ne trouverait ni dent ni rudiment dans le liquide ou la paroi.

Une deuxième variété serait odontoplastique apparaissant pendant l'évolution dentaire qu'elle arrêterait : ici le kyste contient des rudiments de dents ; puis vient le kyste coronaire où la dent est entièrement formée. La magistrale étude de Broca imposa ses idées, les auteurs anglais eux-mêmes, sans toutefois, adopter les divisions de Broca acceptèrent ses opinions et Tomes pensa que le kyste n'était dû qu'à l'augmentation graduelle du liquide contenu normalement entre la paroi du follicule et l'émail.

Mais cependant les auteurs qui publièrent dans les traités didactiques postérieurs des études d'ensemble sur les kystes dentaires, Guyon, Magitot tout en acceptant complètement la théorie de Broca, remarquèrent qu'elle ne pouvait s'appliquer à tous les cas et que si elle expliquait fort bien la formation des kystes dentigères, elle était impuissante à faire comprendre l'origine de certains kystes développés au voisinage ou au niveau de la racine des dents, sans participation nette ou du moins importante de celle-ci au processus. Ils admirent donc deux variétés et adoptant les conclusions de Broca pour les kystes qu'ils nommèrent folliculaires ils établirent une autre classe de kystes pour laquelle ils cherchèrent d'autres causes pathogéniques.

Gosselin, à cette époque, invoqua pour ces cas une doctrine d'ostéite raréfiante qui se formerait autour de la racine dentaire, agissant comme corps étranger. Cette

doctrine séduisante au premier abord ne tint pas devant la constatation d'un revêtement épithélial.

Mikulicz, un peu plus tard, soutint une opinion toute différente et pensa que les kystes étaient dermoïdes, congénitaux, et provenaient de l'inclusion du feuillet externe pendant la vie fœtale : Kolaczek émit une hypothèse similaire dans son étude des kystes multiloculaires et il pensa à une formation éterotopique suivant le type glandulaire : Ces deux théories firent peu fortune en France où les examens histologiques précis qui s'étaient faits ne leur avaient donné aucune base sérieuse.

Eve à son tour, s'occupant particulièrement des kystes multiloculaires et se basant sur quelques cas où des bourgeons épithéliaux, partant de la gencive, communiquaient avec le kyste, voulut généraliser et proposa d'expliquer le développement des kystes par une prolifération épithéliale venant de la gencive. Les cas d'Eve sont des faits se rapportant à une variété très rare des kystes et l'on ne saurait en aucune façon généraliser ces exceptions : très manifestement dans la plus part des cas, la gencive est absolument en dehors du processus formatif et le revêtement épithélial du kyste ne reproduit en aucune façon le type de l'épithélium gingival.

Telles étaient, il y a 15 ans, les théories qui avaient été proposées ; on voit qu'elles n'avaient eu qu'une durée éphémère et que la doctrine folliculaire de Broca était encore la seule admise. Magitot qui s'était beaucoup occupé de la question avait adopté la classification de Broca et il admettait comme lui que c'est l'organe de l'émail qui est altéré et que le follicule dentaire dilaté forme le kyste

dans les cas de kystes dentigères : c'est-à-dire toutes les fois que la dent manquant à sa place normale se trouve entière ou plus ou moins informe dans la paroi du kyste ; de même il admettait la théorie folliculaire pour les kystes multiloculaires et admettait qu'ils pouvaient se former soit par l'union de plusieurs follicules dentaires devenant simultanément kystiques soit par le cloisonnement d'un follicule devenu kystique, soit enfin par la néo-formation de follicules dentaires devenus kystiques aux dépens de quelques débris épithéliaux de dentition persistants.

Mais pour les kystes uniloculaires, appendiculaires il avait proposé en 1869 une théorie qui longtemps fit loi : c'est la théorie périostique.

Il admit que les kystes étaient le résultat d'une inflammation alvéolo-dentaire : si cette inflammation était violente elle produisait un abcès, si elle était lente, elle provoquait la production d'un liquide séreux entre la dent et son périoste.

Lorsque les études de Ranvier et Malassez eurent montré la nature ligamenteuse du prétendu périoste alvéolo-dentaire, Magit t ne modifia que peu sa théorie, il admit que l'épanchement se collectait alors entre les mailles de ce ligament : il était intra-ligamenteux : mais la disposition des fibres de ce ligament, qui, comme on peut le voir dans notre étude anatomique, comporte des fibres de Sharpey profondément insérées dans la substance fondamentale de la dent, n'admet pas la possibilité d'un épanchement collecté ; le liquide se répandrait forcément entre les fibres du ligament en les dissolvant.

D'autres objections furent faites à la théorie périosti-

que : tout d'abord les cas de kystes séparés de la racine par une épaisseur de tissu conjonctif : comment comprendre que ces kystes séparés de la dent soient cependant intra-ligamentaires, puis Verneuil, en 1876, bat en brèche la théorie de Magitot qui, dit-il, ne lui paraît pas expliquer la présence constante d'un revêtement épithélial à la surface interne du kyste. Magitot riposta en donnant successivement plusieurs opinions : tout d'abord il voulut que l'épithélium fût formé par genèse, mais la déconsidération histogénique dans laquelle était tombée cette vieille théorie, la lui fit modifier, et il dit, que l'épithélium provenait du revêtement épithélial du follicule dentaire, revêtement séparant normalement le ciment du ligament alvéolo-dentaire.

Les études de Ranvier et d'Aguilhon ayant montré que cet épithélium n'existait pas l'explication tombait : Magitot adopta alors la théorie de la transformation épithéliale des cellules conjonctives, transformation, qui est encore à prouver, mais que Magitot admit sans accepter aucune discussion. Il appliqua sa théorie non seulement aux kystes appendiculaires mais à certains gros kystes formés, pour lui, par le développement des kystes appendiculaires et ayant bien entendu la même origine : pour les autres kystes uniloculaires il se rattacha à la théorie folliculaire de Broca. En résumé, théorie folliculaire pour les kystes dentigères, les kystes multiloculaires et certains kystes uniloculaires, théorie périostique pour les kystes appendiculaires et certains kystes uniloculaires dûs au développement de ceux-ci. Telles étaient les deux théories reçues et seules admises de tous en

France. Verneuil avait bien attaqué avec des faits, comme nous l'avons vu, ces théories un peu bien absolues, mais il n'avait pas été suivi ; il était cependant le précurseur d'une théorie, basée sur l'étude histogénique du développement des dents et de la formation des kystes, qui devait ruiner les théories folliculaire et périostique, au point que Magitot seul les soutenait encore en 1887 à la Société de chirurgie.

C'est à Malassez que revient l'honneur d'avoir, par ses magnifiques travaux, établi l'origine paradentaire de tous les kystes des mâchoires et d'avoir ainsi expliqué d'une manière satisfaisante l'origine de chacun des éléments constituant les parois kystiques.

Malassez a pris successivement les différents types de kystes dentaires, il est arrivé pour chacun d'eux à démontrer sa théorie paradentaire. Son élève Albarran complétant certains points fit définitivement admettre les idées de son maître.

Pour les kystes à dent incluse, il s'agirait d'une irritation de débris épithéliaux, au voisinage de la dent en voie de formation. Ces débris épithéliaux se développeraient d'abord en dehors des dents incluses et c'est leur développement seul qui les mettrait en contact direct avec la dent, qui à ce moment seulement percerait leur paroi et pénétrerait dans le kyste, de la même manière qu'elle perce la gencive pour apparaître au dehors : la présence de plusieurs dents dans un seul kyste est ainsi expliquée. Les débris paradentaires se sont développés au voisinage de plusieurs dents qui ont pénétré secondairement dans le kyste. La preuve histologique de cette origine para-

dentaire fut donnée par Albarran qui montra l'identité de l'épithélium de revêtement des kystes et des bourgeons épithéliaux contenus dans leur paroi avec les débris normaux. « Mêmes cordons de cellules polygonales parfois entourées d'une bordure de cellules cylindriques, mêmes masses épithéliales avec des cellules centrales étoilées ; puis nous voyons quelques-unes de ces masses se creuser au centre d'une cavité et former des kystes microscopiques. Le développement continue, la cavité s'agrandit, l'épithélium prolifère et nous voyons se former un petit kyste microscopique dans la paroi, et déjà dans ce kyste l'épithélium de revêtement repose sur un tissu embryonnaire, car le tissu conjonctif au sein duquel la néoplasie est en train de se former, se trouve irrité et devient embryonnaire. » Le kyste ainsi formé rencontrera dans son développement une dent qui suivant son degré de formation sera entravée dans son accroissement et restera incomplète ou pénétrera complètement formée dans le kyste, comme nous l'avons indiqué.

Les kystes microscopiques que nous avons vu se former dans les parois d'un kyste déjà grand, ne peuvent-ils pas être considérés comme des rudiments de kystes capables, en se développant, de donner naissance à des kystes multiloculaires. Albarran a expliqué encore la cause qui provoque la néoplasie kystique des débris épithéliaux qui, normalement, s'atrophient et il a cru la trouver dans les altérations (déviation ou oblitération) de l'iter dentis. C'est ce canal que suit la dent pour perforer la gencive au moment de l'accroissement des racines. S'il vient à être oblitéré, la racine exerce une pression con-

sidérable sur le fond de l'alvéole, partant irrite les débris épithéliaux voisins qui sont particulièrement nombreux à ce niveau : cette irritation amène la prolifération de ces débris et donne lieu à un développement plus considérable de cet épithélium qui « tendant alors à prendre sa forme typique de revêtement aboutira à la formation d'un kyste » cette oblitération de l'iter dentis paraît expliquer pourquoi les incisives et canines dont l'iter dentis est très large, sont rarement atteintes et pourquoi les kystes dentifères sont rares dans la première dentition alors que l'iter n'existe pas, pourquoi enfin les kystes se développent souvent autour d'une dent hétérotypique dont l'iter dentis n'a pas d'issue.

Les kystes appendiculaires qui ont servi de type à la description et aux recherches de Malassez, proviennent de masses épithéliales contenues dans les fongosités radiculo-dentaires, reproduisant absolument les caractères des débris épithéliaux paradentaires et qui sont formés de ces débris hypertrophiés : certains de ces débris, comme dans la variété précédente, se creusent de petites cavités véritables kystes en miniature et l'épithélium prend le type de revêtement à caractère adamantin ou malpighien ; la paroi des kystes contient aussi des trainées épithéliales reproduisant les caractères de celles des fongosités radiculaires et la cavité de ces kystes est revêtue de cellules malpighiennes ou adamantines, tout comme les kystes en miniature.

Les kystes, en miniature, ne sont donc qu'un stade de début des kystes appendiculaires. Si l'accroissement augmente nous avons un kyste uniloculaire pour lequel la

théorie paradentaire paraît absolument justifiée : l'épithélium de revêtement suivant son degré de différenciation sera soit simplement pavimenteux, soit formé d'une couche périphérique de cellules allongées se continuant avec des cellules cubiques, en rapport elles-mêmes avec des cellules étoilés adamantines ; entre ces deux variétés on rencontre tous les intermédiaires : ajoutons que souvent la pression du liquide aplatit les cellules de la surface interne. Ici c'est l'irritation due à des micro-organismes venus par les brèches d'une dent cariée, qu'il faut invoquer comme cause efficiente ; ces microbes ont été constatés par Malassez et Albarran au niveau de l'extrémité de la racine et expliquent la situation profonde des kystes de cette variété.

Enfin les kystes multiloculaires ne se trouvent-ils pas en éclosion dans ces parois kystiques criblées de petits kystes miniatures ? Pourquoi ces kystes en se développant ne produiraient-ils pas ces tumeurs polykystiques ? Malassez l'a démontré et pense en outre que les débris épithéliaux superficiels donneraient lieu à des formations pavimenteuses et les débris profonds à des formations adamantoides.

Quant à la surface de bourgeons émanant de la gencive sur laquelle Eve et Butchener avaient établi leur théorie gingivale, il pense qu'elle n'a qu'un rôle accessoire et serait le produit d'un même processus pathologique.

Albarran et Chibret après lui émettent quelques réserves sur ces épithéliomas kystiques et admettent une théorie mixte gingivo-paradentaire pour ces cas spéciaux.

En résumé on voit que dans tous les cas, la théorie paradentaire, répond aux objections, explique chacun des éléments du kyste et satisfait pleinement l'esprit. On conçoit qu'elle ait triomphé des théories folliculaire et périostique qui laissaient prise à bien des critiques et ne répondaient pas à la réalité des faits.

Tous les kystes dentaires relèvent donc de la même origine et nous sommes absolument en droit de les englober tous sous le nom rigoureusement exact de kystes épithéliaux paradentaires.

SYMPTOMATOLOGIE

Le début des kystes dentaires est en général inaperçu, et les douleurs qu'ils provoquent ne sont rapportées à leur véritable nature que lorsque la saillie du kyste est devenue très apparente.

C'est donc par les symptômes fonctionnels que débute le tableau clinique des kystes dentaires et ce sont les seuls symptômes appréciables des kystes appendiculaires qui suivent la racine lors de l'extraction de la dent. Les kystes appendiculaires, d'ailleurs, représentent-ils une variété spéciale de kystes à dimensions minimales et dont l'évolution n'agrandira pas les proportions exigües ou bien ne sont-ils qu'un stade intermédiaire de kystes que l'avulsion de la dent a surpris dans leur évolution et a arrêté dans leur extension ? Question complexe et bien souvent difficile à élucider.

Cependant l'état adulte de la paroi de quelques-uns de ces kystes, leur vascularisation peu considérable, leur bourgeonnement insignifiant pourraient laisser soupçonner que certains kystes ne dépassent pas à l'état adulte, les dimensions d'un kyste appendiculaire et qu'ils ont acquis tout leur développement sans dépasser le volume

d'un pois. Est-ce à dire que sous l'influence d'une irritation nouvelle, ils ne seraient pas susceptibles d'extension ? Nous ne pensons pas que l'on puisse l'affirmer.

D'autre part, certains kystes sont manifestement en voie d'extension, leur paroi est embryonnaire et très vasculaire infiltrée de bourgeons épithéliaux, ceux-là évoluaient bien évidemment, et l'extraction de la dent, les a seule, empêchés de prendre des proportions accessibles à l'examen physique.

Quoi qu'il en soit, il est des kystes appendiculaires que l'on ne peut soupçonner que d'après les symptômes fonctionnels qu'ils provoquent et qui apparaissent fixés intimement à la racine de la dent qu'ils rendaient douloureuse. Le principal symptôme est la douleur.

Dans toutes les observations, on constate que le malade se plaignait de violentes douleurs dentaires qui l'ont amené à consulter. Ces douleurs sont nettement dentaires, c'est-à-dire, que le malade localise bien dans une dent déterminée, le siège de son mal, c'est là qu'est le maximum d'intensité de la souffrance, mais la douleur reste rarement localisée, et l'on note le plus souvent des irradiations vers la pommette, la tempe, l'oreille, l'aile du nez, s'il s'agit d'une dent de la mâchoire supérieure, le long du maxillaire inférieur, à l'articulation temporo-maxillaire, au menton si la dent malade est inférieure. Ces douleurs sont ordinairement intermittentes, et reviennent par crise, mais elles ne paraissent pas subir d'influence directe des sensations de chaud et de froid, comme c'est la règle dans les douleurs de la périostite alvéolo-dentaire. Ces crises tantôt rares et courtes, sont d'autres fois très

fréquentes et provoquent un état de souffrance presque permanent. La qualité de la douleur varie, parfois pulsatile et gravative, elle est d'autres fois brûlante et comparée à la sensation d'un fer rouge ; parfois aussi c'est seulement une sorte d'engourdissement traversé par des éclairs. Cette douleur est souvent spontanée, elle existe sans cause appréciable, mais le moindre choc la réveille ou l'exaspère, un coup sur une dent, la pression même de la langue suffisent à la faire naître, on conçoit dans ces conditions que la mastication devienne intolérable, et soit capable d'empêcher toute alimentation solide. En effet le malade accuse souvent une sensation d'allongement de la dent qui rendrait celle-ci plus vulnérable ; aussi le moindre bol alimentaire, la moindre parcelle solide à broyer, viennent-ils heurter la couronne malade et réveiller les douleurs. Il s'ensuit une mastication incomplète, une mauvaise alimentation, provoquant des troubles digestifs quelquefois assez importants. D'ailleurs ces souffrances presque continuelles, amènent un état psychique spécial, un marasme, une hypochondrie capables d'influer sur l'état général.

Bien entendu, le tableau volontairement sombre que nous venons d'esquisser ne répond pas à tous les cas, témoin ce kyste que l'on trouva sur une dent d'apparence saine et qui avait été arrachée par erreur, mais cependant les violentes douleurs que nous avons décrites sont plus particulières à ces petites kystes appendiculaires que l'on ne découvre qu'après l'avulsion dentaire. Ajoutons que ces douleurs n'ont rien de pathognomonique et ne suffisent jamais à différencier les kystes de la périostite

alvéolo-dentaire. Cette périostite se rencontre d'ailleurs très fréquemment accompagnant le kyste, si bien qu'il est difficile de rapporter à l'une ou à l'autre affections la cause des douleurs.

La dent qui porte à sa racine un kyste est toujours une dent malade ; cela ressort de l'étiologie, puisqu'il faut un agent inflammatoire pour faire proliférer les débris épithéliaux paradentaires ; aussi la couronne de la dent présente-t-elle en général des lésions de carie plus ou moins avancée souvent même ce n'est plus qu'un chicot et l'on ne retrouve que quelques débris de la couronne attachant aux racines.

Comment dans ces cas faire le départ de l'élément kyste, dans le syndrome douloureux existant.

L'examen des gencives ne donne pas non plus de renseignements bien nets. Souvent elles sont absolument normales, d'autres fois elles présentent une coloration rouge violacée avec un peu de gonflement et des veinules marquées, mais on ne note dans nos observations aucune trace d'empâtement ou de fluctuation, la pression de la gencive n'est en général pas très douloureuse, ce qui contraste avec la douleur très vive qui résulte de la pression d'un abcès dentaire.

La percussion de la dent réveille des douleurs très vives, non seulement au niveau des racines mais aux différentes irradiations habituelles, de plus la dent est souvent un peu mobilisable et l'on peut avoir la sensation que la racine plonge librement dans une cavité, c'est là un signe que je n'ai pas vu signalé et qui, dans certains cas, peut avoir son importance.

Somme toute, à part quelques nuances, qui ne peuvent devenir importantes que par leur réunion, la symptomatologie des kystes appendiculaires se confond avec celle de la périostite alvéolo-dentaire et c'est toujours celle-ci qu'on diagnostique.

Quand le kyste a atteint les proportions d'une noisette, sa symptomatologie devient bien évidente, il entre dans le domaine du diagnostic possible avant l'intervention. En général pour les kystes appréciables, le cortège douloureux est moins violent, certes les douleurs existent encore, mais elles sont plus rares, les rémissions sont plus longues, les irradiations moins violentes et moins aiguës. C'est alors aux symptômes physiques qu'il faudra recourir pour établir le diagnostic et nous verrons que le départ n'est pas toujours facile à faire avec une tumeur du sinus, un abcès dentaire, ou même une tumeur solide.

Siège. — Le siège de ces tumeurs varie beaucoup; tantôt c'est le maxillaire supérieur, tantôt le maxillaire inférieur qui est atteint. On avait voulu donner comme siège favori aux kystes contenant une dent dans leur paroi, aux kystes dit dentigères, le maxillaire inférieur; le maxillaire supérieur étant presque exclusivement réservé aux kystes non dentigères.

La lecture de nos observations montre que cette distinction n'est pas justifiée. Le côté gauche et le côté droit sont atteints indifféremment et un nombre de fois à peu près égal.

Les molaires sont presque exclusivement atteintes; rares sont les observations de kystes des canines et des incisives. Cette localisation aux molaires ressort d'ailleurs

naturellement des conditions de développement du kyste, que nous avons relatées, au chapitre pathogénique. Parmi les molaires, c'est la première molaire et la prémolaire qui par excellence sont atteintes : on trouve ce siège 10 fois sur 15 cas ; puis viennent par ordre de fréquence décroissante la deuxième molaire, la dent de sagesse et dans ce cas, il survient des accidents simulant ceux qui accompagnent l'apparition de cette dent. Quand le kyste est volumineux ou multiloculaire, il occupe une portion plus ou moins grande de la mâchoire ; on ne peut alors localiser son origine au niveau d'une dent.

Nous ne parlons pas des kystes dentaires développés au niveau d'une dent hétérotyrique et qui dans la face peuvent occuper les sièges plus divers : pommette, voûte palatine, base de la langue, plancher de la bouche.

Volume. — Le volume des kystes varie beaucoup, mais l'on conçoit qu'il diffère beaucoup aussi, suivant la période à laquelle est parvenue l'évolution de la tumeur.

En général, un kyste ne devient physiquement appréciable que lorsqu'il a atteint le volume d'une noisette, mais il y a des kystes de la grosseur du pouce, d'une noix, d'une mandarine, Dupuytren même cite un kyste ayant la grosseur d'une tête d'enfant.

Forme. — Avec le doigt on peut, d'ordinaire, explorer suffisamment le kyste pour reconnaître sa forme générale ; elle est ordinairement arrondie, cependant dans un de nos cas elle était lancéolée et dans un autre cas en forme de haricot ; souvent le kyste est absolument rond comme une bille, quelquefois il est allongé dans le sens vertical, enfin s'il s'agit d'un kyste multiloculaire, il peut être bos-

selé, et l'on sent parfois très bien ces irrégularités sous le doigt ; quand le kyste est uniloculaire sa paroi est lisse et régulière.

Tant qu'une lame osseuse reste interposée entre la gencive et le kyste de la machoire supérieure, sa consistance propre est masquée. Mais dès que le kyste a acquis un certain volume, il a tendance à proéminer vers la face gingivale antérieure en détruisant par ostéite la lame osseuse : dès lors sa consistance est perceptible.

Cette consistance des kystes varie beaucoup suivant les cas : certains ont une dureté telle qu'ils ont été pris pour des tumeurs osseuses, d'autres sont mollasses et fluctuants, entre ces deux extrêmes, on peut trouver tous les intermédiaires, mais en général la consistance des kystes est très dure, élastique, un peu résistante ; on peut quelquefois sentir une crépitation parcheminée ; la fluctuation est bien rarement perçue ; la consistance est quelquefois patente, dans les cas où les fongosités occupent toute la cavité du kyste. Dans les kystes uniloculaires, la consistance est partout uniforme, mais dans les kystes multiloculaires on peut sentir des points plus durs correspondant aux travées fibreuses qui séparent les boursures, et des inégalités de consistance correspondant à la nature du contenu du kyste. Bien entendu, pour les kystes du maxillaire inférieur logés entre les deux tables de l'os qu'ils écartent, la consistance du kyste lui-même est cachée par la lame osseuse interposée devant : jusqu'à ce qu'ils aient détruit cette lame, ce qui n'arrive que très tardivement.

Limites. — Lorsque le kyste occupe le maxillaire su-

périeur, il est en général possible par l'exploration digitale d'en déterminer approximativement les limites. On sent à la périphérie de la grosseur une ligne ronde saillante sur le plan osseux voisin; c'est en général une ligne arrondie, quant on a affaire à un kyste multiloculaire, cette ligne n'est point régulière, elle présente des sinuosités correspondant à la saillie des vésicules, en bas et latéralement le relief qui marque les limites du kyste est sensible d'une façon plus nette que dans l'abcès dentaire; de plus cette exploration digitale n'est que peu ou pas douloureuse, autre signe distinctif qui a son importance. La limite supérieure quand le kyste a acquis un certain volume dépasse largement le sillon gingivo-labial, et l'exploration digitale des gencives n'est pas alors suffisante. Mais le kyste fait à la face un relief sensible et qui peut être facilement palpé; malheureusement l'interposition des muscles de la joue rend les sensations plus obscures. On peut cependant sentir approximativement les limites sous forme d'une ligne courbe à convexité supérieure qui peut gagner plus moins la pommette et même l'angle de l'œil, tout en effaçant le méplat de l'aile gauche du nez et de la région massétéline. On conçoit que dans ces cas, la présence du kyste provoque une déformation très visible, une asymétrie des deux côtés de la face souvent très disgracieuse. Cette voussure n'est pas comparable à la voussure beaucoup moins délimitée, beaucoup plus généralisée de l'abcès dentaire avec fluxion.

Du côté des fosses nasales, pas de relief anormal, pas non plus d'écoulement exagéré par la narine correspondante, sauf le cas où le kyste est ouvert dans le sinus,

mais c'est alors une complication qui se traduit par certains signes que nous étudierons au chapitre des complications.

De même la voûte palatine est normale et ne présente pas cette voussure caractéristique des collections sinusiennes.

Au maxillaire inférieur la détermination des limites est beaucoup moins facile, ici, presque toujours le kyste reste très longtemps logé entre les deux tables du maxillaire qu'il écarte l'une de l'autre et le doigt indique dans le sillon gingivo-labial, une simple voussure qui se continue insensiblement avec le reste du maxillaire. Au niveau du bord inférieur du maxillaire, l'os plus compact ne se laisse pas distendre, aussi le kyste ne vient-il jamais faire saillie, dans la région sous-maxillaire. Quand il est volumineux, il forme au côté du menton un relief appréciable, d'où une asymétrie souvent considérable. De même dans le plancher de la bouche vers la face interne du maxillaire, on sent le relief osseux provoqué par la présence du kyste. Quand il s'agit d'une tumeur polikystique ayant envahi une grande partie du maxillaire, la déformation est naturellement considérable et c'est alors le maxillaire tout entier qui apparaît augmenté de volume en masse.

Mobilité. — Bien entendu les kystes du maxillaire inférieur contenus dans une gangue osseuse ne peuvent être aucunement mobilisés.

Sous les kystes du maxillaire supérieur, les résultats sont à peu près semblables. Lorsqu'un kyste dont les limites sont nettes et saillantes est pris entre le pouce et

l'index et qu'on cherche à lui imprimer des mouvements de haut en bas ou de droite à gauche, en général, on constate une fixité absolue du kyste au plan sous-jacent. Cependant on a signalé une mobilité obscure dans certains cas où le kyste était pédiculé. Mais la règle est la la fixité absolue de la tumeur ce qui rend le diagnostic fort difficile avec les différentes tumeurs développées aux dépens des tissus sous-jacents.

Rapports avec les parties voisines.

Les tumeurs kystiques du maxillaire inférieur sont contenues dans l'os, donc elles ne pourront avoir aucune connexion intime avec la muqueuse gingivale ou les parties molles du plancher de la bouche ou de la région sous-maxillaire ; cependant, exceptionnellement, elles peuvent détruire la lame antérieure du maxillaire par un processus d'ostéite raréfiante, venir au contact de la muqueuse, y adhérer et même y déterminer une fistule de la gencive ou de la joue par où s'écoule un contenu séro-purulent.

Les kystes du maxillaire supérieur n'adhèrent pas non plus par leur face antérieure soit à la paroi alvéolaire soit à la muqueuse gingivale, quand la paroi a été détruite par une ostéite raréfiante, on peut toujours la faire glisser plus ou moins complètement sur la surface du kyste, point utile à connaître pour faire le diagnostic avec l'abcès dentaire ; cependant quand le contenu du kyste est devenu purulent, il peut revêtir tous les symptômes de l'abcès dentaire ; dans ces cas on l'a vu adhérer à la muqueuse de la gencive et même l'altérer, bien que le pus ait alors plus de tendance à perforer la paroi du sinus où il provoque un abcès sinusien ; ce sont d'ailleurs là des com-

plications qui seront ultérieurement étudiées. Quand il s'agit de kystes volumineux provoquant une déformation de la face, la joue et les parties molles glissent facilement sur la tumeur.

Les rapports du kyste aux plans sous-jacents sont naturellement intimes ; il est relié au tissu osseux par un tissu fibro-cellulaire plus ou moins serré, l'adhérence est donc plus ou moins intime, mais elle existe toujours. La paroi du sinus maxillaire est en connexion directe avec la face profonde du kyste et lorsque celui-ci prend de grandes proportions, il refoule cette paroi et bombe dans l'intérieur du sinus, sans toutefois y être inclus. Cependant nous verrons que parfois, la pression devenant trop forte, la paroi cède et que le kyste devient intra-sinusien.

Etat des dents. — L'état des dents est utile à connaître dans les cas de kyste dentaire car il permet souvent de déceler la présence des dents dans l'intérieur du kyste : dans ces cas, en effet, il manque ordinairement une dent dans la rangée, cependant ce n'est pas là un fait absolu, la persistance d'une dent de lait pouvant dissimuler l'absence d'une dent de remplacement incluse dans le kyste. Les dents cariées et déviées sont également fréquentes et presque de règle dans les kystes dentaires.

Ganglions. — Les ganglions lymphatiques ne sont jamais atteints dans les kystes dentaires même quand il s'agit de récidives et que le kyste a pris l'apparence multiloculaire; cependant doit-on conclure de là, à la bénignité absolue des tumeurs kystiques? un cas de généralisation a été publié; ne suffit-il pas à démontrer la pos-

sibilité de la dégénérescence des ganglions dans les cas de tumeur maligne des maxillaires, mais c'est là heureusement une simple hypothèse qui ne se réalise pas en clinique. Pourtant on doit admettre la possibilité, après un temps assez long de la dégénérescence ganglionnaire quand l'élément malin épithélial devient prédominant et que la tumeur, de circonscrite, commence à devenir diffuse.

La symptomatologie des kystes paradentaires montre que c'est une affection locale et l'on conçoit qu'ils ne ressentissent aucunement sur l'état général à peine note-t-on quelques troubles digestifs dus à la mastication incomplète des aliments et un état nerveux hypochondriaque dû à la longue durée et à l'acuité des crises douloureuses.

MARCHE — TERMINAISON — COMPLICATIONS.

La marche des kystes paradentaires est essentiellement chronique et extrêmement lente.

Beaucoup de malades se décident à faire extraire une dent cariée qui provoque des crises douloureuses depuis plusieurs années et l'on trouve fixé à la racine un kyste appendiculaire insoupçonné. Depuis quand est-il là? On ne saurait le dire, mais l'état fibreux adulte des parois montre bien souvent qu'il s'agit d'un kyste ancien; et cependant, il n'a pas dépassé les dimensions d'un petit pois: c'est donc qu'il est resté stationnaire.

D'autres malades, au bout de 7 à 8 mois, se présentent avec un kyste de la grosseur d'une noix et même plus, c'est donc un kyste qui a évolué relativement vite; il est vrai que beaucoup de ces kystes acquièrent assez rapidement une dimension relativement considérable, puis restent longtemps stationnaires, sous l'influence d'une cause inflammatoire qui passe bien souvent inaperçue, ils reprendront leur accroissement et atteindront alors des dimensions telles qu'ils créeront une difformité considérable de la face. Les gros kystes se rencontreront de pré-

férence à la mâchoire supérieure, la gangue osseuse des kystes du maxillaire inférieur paraissant empêcher leur développement exagéré. Les kystes paradentaires peuvent-ils spontanément régresser et disparaître ? La chose paraît vraisemblable, en partie du moins pour certains kystes appendiculaires. Leur cavité est en effet fort rétrécie, absolument vide, leur paroi épaisse ; en un mot on semble se trouver en présence d'un vestige de kyste vidé ; mais pour les kystes plus volumineux la chose ne paraît pas probable et l'on n'a pas noté d'observation démontrant la disparition par régression d'un kyste diagnostiqué, ni même sa diminution.

Dans quelques rares cas, le kyste s'évacue spontanément, soit à la suite d'un traumatisme accidentel, soit par ouverture de l'alvéole qui lui donne une issue. Mais c'est surtout dans les kystes multiloculaires du maxillaire inférieur que se rencontre cette terminaison, une ou plusieurs loges peuvent s'ouvrir soit dans la bouche, soit du côté de la peau ; l'ouverture peut d'ailleurs se fermer spontanément ou rester fistuleuse.

Ces fistules sont souvent intarissables et laissent écouler un liquide tantôt filant et clair, tantôt séro-sanguinolent, comme dans un des cas d'Algayer.

Ordinairement, quand un kyste n'est pas opéré, ce qui est maintenant de plus en plus rare, il reste indéfiniment stationnaire ou bien il subit une des complications que nous allons étudier.

L'une des complications les plus fréquentes est l'infection du kyste. Par la dent cariée remonte jusqu'au pédicule dentaire du kyste, un agent microbien qui détermine

la transformation purulente. Dès lors la tumeur devient douloureuse, pulsatile souvent, la gencive s'empâte, devient rouge violacée, il s'établit un gonflement mal délimité autour du kyste, un ganglion peut devenir plus gros et sensible, en un mot on voit se dérouler les symptômes d'un abcès dentaire accompagné d'un cortège fébrile et saburral léger. L'exploration montre alors que le kyste devient plus mou, plus dépressible, et si l'on n'intervient avant, il s'ouvre au niveau du bord alvéolaire de la gencive et s'évacue spontanément. Cette terminaison spontanée d'un kyste alvéolé se produit en général plus tardivement que lorsqu'il s'agit d'un simple abcès dentaire et la palpation ne donne pas une sensation de mollesse aussi superficielle. A la suite de l'évacuation, la guérison peut être obtenue, mais plus souvent, la poche ne se rétracte pas complètement, elle secrète un liquide séro-purulent et il s'établit une fistule intarissable. Le pus au lieu de se frayer un chemin vers la surface peut amener la rupture de la faible cloison osseuse déjà repoussée par la présence du kyste, qui sépare celui-ci de la cavité du sinus maxillaire.

Dès lors le kyste s'épanche dans le sinus et l'envahit ; c'est là une autre complication, qui pour être rare, n'en est pas moins importante. Magitot soutenait que cette invasion du sinus n'existait pas, cependant plusieurs observations avaient déjà été publiées en Allemagne et en Angleterre. M. Albarran dans son remarquable article, en a réuni dix cas ; depuis, quelques cas ont été encore rapportés notamment par le Dr Berger et nous publions ici une observation présentée par Magitot lui-même, à la So-

ciété de chirurgie en 1887. Cette complication quoique rare, n'est cependant pas exceptionnelle et elle présente un certain intérêt, car elle s'accompagne de symptômes qui permettent de la déceler. Telles sont les causes capables de la provoquer. Nous avons déjà cité la transformation purulente d'un kyste ancien ; un traumatisme est encore capable d'effondrer la paroi amincie du sinus surtout s'il s'agit d'un kyste à paroi épaisse qui transmet le traumatisme sans s'ouvrir ou qui s'ouvre au moment de la rupture de la paroi dans le sinus même. Mais la cause la plus ordinaire est un processus d'ostéite raréfiante dû à la pression excentrique du kyste sur la paroi du sinus et qui finit par détruire celle-ci. Il existe une observation de Hülke et une de Baüm qui rapportent un cas de kyste dentifère ayant pénétré sans se rompre dans le sinus.

Dans ce cas, très rare, le seul symptôme que l'on constate est la diminution de la saillie déterminée par le kyste à la face : celui-ci semble moins volumineux et cela est facilement concevable, puisqu'il s'est effondré en partie dans une cavité ; mais il n'existe alors que peu ou pas de symptômes réellement sinusiens. C'est là un cas exceptionnel et presque toujours le kyste rompt dans le sinus. Dès lors apparaissent une série de symptômes qui révèlent ordinairement cette nouvelle localisation.

Du côté du nez on note un écoulement plus ou moins abondant d'un liquide tantôt clair et filant, tantôt blanchâtre et plus épais, quelquefois butyreux enfin séro-purulent ou franchement purulent si le kyste était abcédé ; ce liquide a quelquefois une odeur infecte capable d'incommoder le malade et son entourage.

L'odorat est diminué, sinon complètement aboli. Enfin on peut noter à la voûte palatine une voussure plus ou moins prononcée due à la dilatation de la cavité sinusienne dans les fosses nasales. Si le liquide était purulent ou s'il le devient après son épanchement dans le sinus il se traduit par des douleurs pulsatiles, gravatines procédant par élancements très violents.

Ces douleurs ont le caractère d'être profondes et le malade dit bien qu'il souffre dans l'intérieur de la tête ; on peut noter des points douloureux au sommet du crâne, au front, à la racine du nez, à la pommette, à la nuque : cette douleur très violente est accentuée par la pression et la palpation de la région, l'écoulement du nez est franchement purulent, l'infundibulum est rouge, gonflé, très enflammé.

Enfin si l'on pratique l'examen électrique, on note, au niveau du sinus, l'ombre caractéristique de la présence d'un épanchement dans sa cavité.

Bien entendu, cette sinusité purulente s'accompagne d'un cortège fébrile quelquefois violent avec pouls fréquent, langue suburrale, état nauséux et l'on peut constater la présence d'un ganglion parotidien ou cervical. Ces sinusités purulentes peuvent s'étendre aux autres cavités de la face, au sinus frontal, aux cellules ethmoïdales et même pénétrer dans le cerveau en provoquant soit une méningite soit un abcès du cerveau.

On voit donc quel intérêt a le diagnostic rapide de cette perforation du sinus, surtout si le liquide est purulent, puisque dans des cas, très rares il est vrai, il est capable d'amener des complications mortelles.

Voilà donc un cas dans lequel un simple kyste dentaire compliqué peut amener la mort du malade.

Une autre éventualité possible c'est la récurrence d'un kyste opéré, cette récurrence nous l'avons vu, prend ordinairement le caractère polykystique cependant Paget cite un kyste dentifère qui récidiva sous la forme uniloculaire et nous-même en publions un cas typique. Lorsque la maladie ne prend pas d'extension, elle garde un caractère bénin et ne se signale par aucun symptôme très spécial.

A peine peut-on déceler dans des cas favorables la présence de bosselures à consistance inégale qui caractérisent les kystes multiloculaires.

Mais souvent les récurrences, surtout quand elles sont multiples prennent un caractère plus malin ; les boyaux épithéliaux de la trame deviennent prépondérants et la tumeur devient une tumeur solide sarcomateuse ou épithéliale contenant un plus ou moins grand nombre de kystes. Ajoutons que ces récurrences multiples sont souvent séparées par des intervalles considérables comme dans les cas de Leteuneur (12 ans) et d'Eve (6 ans).

Enfin, un cas exceptionnel mais qu'il faut mentionner, c'est la généralisation, à la suite de plusieurs récurrences ; il n'y en a pas de cas confirmé par l'autopsie, mais Heath cite une observation qui paraît en donner la preuve et qu'on pourrait rapprocher de celui de Parker qui constata la généralisation d'un épithélioma adamantin.

Bien entendu, dans tous ces cas, il ne s'agit plus de kystes rentrant dans le cadre de notre études, mais de transformation maligne de ces kystes, qui en ont complètement changé la nature.

PRONOSTIC

Les kystes paradentaires doivent être considérés comme des tumeurs essentiellement bénignes et leur pronostic est favorable.

Nous avons vu que les kystes appendiculaires ne provoquent que des douleurs qui cèdent par l'ablation du kyste et ne provoquent que la gêne de la mastication avec un état nerveux particulier, dû à la continuité de la douleur.

Il n'y a rien là de bien inquiétant, non seulement pour la vie, mais même pour l'avenir du malade et sans diagnostic, le traitement est toujours simple à exécuter.

Pour les kystes plus gros, le pronostic est aussi bénin en dehors des douleurs très tolérables, c'est la déformation de la joue qui est le plus grand inconvénient de ces kystes tant qu'ils restent simples et c'est en général cette difformité qui amène les malades à se faire opérer.

Mais le pronostic d'un kyste assez volumineux situé au maxillaire supérieur et qu'on n'opère pas, doit toujours être réservé, car on doit prévoir les complications rares, il est vrai, mais possibles, qui peuvent survenir.

Quand ces complications se produisent le pronostic

reste bénin, si le kyste s'abcède simplement, c'est un abcès banal qui se guérit rapidement une fois incité, s'il se produit une fistule ce n'est encore là qu'un incident plus disgracieux que dangereux et qui est curable facilement.

Tout autre est le pronostic quand il s'agit d'une communication avec le sinus, dès lors, ce n'est plus à proprement parler à un kyste qu'on a affaire mais, à une sinusite et le pronostic s'assombrit de toutes les éventualités graves, inhérentes aux abcès du sinus et qui proviennent de l'extension possible du pus.

Les récidives auxquelles sont sujets les kystes paradentaires ajoutent une note spéciale à leur pronostic. Un kyste récidivé, même en gardant son caractère bénin, est forcément plus grave et l'on peut penser qu'une deuxième intervention sera suivie d'une nouvelle récidive. Il faut donc toujours réserver le pronostic à ce point de vue.

Il faut songer de plus, que ces récidives révèlent d'ordinaire le type multiloculaire qui, quoique bénin cliniquement, prend de par sa nature une forme dont le pronostic doit être plus circonspect ; on aura en effet présent à l'esprit, les cas exceptionnels, mais possibles de transformation maligne et de généralisation.

A ce point de vue, la thèse de Pérochaud (1) émet une hypothèse intéressante qui s'applique, il est vrai, aux tumeurs des glandes salivaires, mais que l'on pourrait généraliser aux kystes paradentaires. Il considère deux phases dans l'évolution de ces tumeurs : la première période

1. Th. de Paris 1883. *Recherches sur les tumeurs mixtes des glandes salivaires.*

présente un pronostic favorable, alors la tumeur est petite, marche lentement ou reste stationnaire, elle a des chances de ne pas se récidiver, si on l'opère ; dans la deuxième période, le néoplasme s'accroît rapidement ce qui indique alors que les éléments épithéliaux sont en pleine évolution et tendent à prendre le dessus, alors le pronostic est beaucoup plus grave et la récidive est à craindre.

En résumé, dans l'immense majorité des cas, le pronostic est bénin avec des réserves pour la possibilité de récidives ou de complications.

DIAGNOSTIC

Nous avons déjà vu que les kystes appendiculaires n'étaient pas diagnostiquables. Les douleurs nettement dentaires, la carie dont est toujours plus ou moins atteinte la dent, attirent l'attention et c'est le diagnostic de périostite alvéolo-dentaire, avec névralgies dentaires qui est toujours porté. A peine dans certains cas, alors que la gencive n'est pas du tout douloureuse, que la percussion de la dent réveille des douleurs à irradiations nettes et que l'on peut sentir une mobilité nette de la racine dentaire, peut-on soupçonner la présence d'un kyste, mais le diagnostic ferme est impossible : d'ailleurs, il mènerait au même résultat pratique que les symptômes qu'il détermine, c'est-à-dire à l'extraction de la dent.

Mais quand la grosseur du kyste dépasse celle d'une noisette, il entre dans le domaine des kystes apparents et passibles d'un diagnostic, à plus forte raison quand ils déterminent une déformation visible.

Evidemment, le diagnostic est facile quand on a une douleur indolente, rénitente, donnant de la crépitation parcheminée, arrondie, immobile sur le plan profond, non

adhérente aux tissus superficiels ne déterminant ni réaction générale, ni gonflement ganglionnaire et qu'elle est située dans l'un des maxillaires au point d'élection c'est-à-dire au niveau des molaires. Dans ce cas, le diagnostic s'impose et ne saurait donner lieu à aucune hésitation.

Les difficultés commencent quand l'un des symptômes capitaux fait défaut ou quand il se surajoute quelque phénomène peu habituel et qui déroute.

La consistance du kyste, surtout quand il est contenu entre les parois osseuses du maxillaire simule absolument une tumeur solide et alors, suivant le degré de dureté de ce kyste, on peut songer à un ostéome, à une exostose, à une gomme syphilitique ou tuberculeuse qui donnent la même sensation de dureté et il faudra pour les éliminer constater l'absence d'antécédents syphilitiques ou tuberculeux ou de traumat antérieur.

On pourra songer à un fibrome, à un lipome, à une tumeur mixte anormalement placée mais ces tumeurs beaucoup plus rares ne devront arrêter qu'un instant. L'odontonie peut provoquer une déformation analogue mais la dureté est particulièrement considérable et la dent dont elle occupe la racine est d'ordinaire, très déformée. Cependant si la consistance du kyste est très dure, ce diagnostic peut faire hésiter. Les tumeurs malignes ; sarcome, ostéo-sarcome, épithéliome sont parfois d'un diagnostic épineux surtout lorsqu'on a affaire à une transformation maligne d'un kyste plusieurs fois opéré et récidivé.

Mais l'atteinte de l'état général, les progrès rapides de la tumeur, l'engorgement ganglionnaire mettront sur la voie.

Le diagnostic est bien plus délicat si le kyste s'est développé autour d'une dent hétérotypique car on a une tumeur située bien anormalement, et c'est alors qu'il faut rechercher avec soin tous les symptômes dont la réunion pourra conduire à une opinion sûre.

Si la sensation de rénitence existe, on pourra encore confondre le kyste dentaire avec une tumeur liquide non dentaire, un abcès froid du maxillaire, un kyste sébacé, un kyste hydatique, un angiome, mais outre que ces tumeurs sont des raretés, leur indolence plus grande, certains antécédents l'intégrité des dents non douloureuses à la pression pourront faire écarter ces cas.

Les tumeurs liquides du sinus sont d'un diagnostic plus important et plus délicat, car elles doivent être reconnues non seulement comme diagnostic différentiel avec les kystes dentaires mais encore comme diagnostic d'une complication possible et grave.

La tumeur liquide du sinus est moins saillante à la face, elle bombe plus à la voûte palatine dans les fosses nasales, elle s'accompagne de douleurs gravatives dans l'intérieur de la face.

Ces tumeurs peuvent suppurer, ce qui doit être diagnostiqué par la fièvre, les douleurs, l'empâtement autour de la tumeur, mais dans ce cas encore la suppuration peut être intra-sinusienne, ce qui s'accompagne de symptômes beaucoup plus graves et d'écoulement nasal purulent.

Enfin dans le cas d'accidents inflammatoires il est une affection avec laquelle on peut confondre le kyste dentaire : c'est la périostite alvéolo-dentaire suppurée ; les

douleurs, l'abcès sont-ils intra-sinusiens en gingivaux.

Dans le cas d'abcès, on a une suppuration plus superficielle, la fluctuation est plus nette, s'accompagne d'une tuméfaction plus grande, la pression de la gencive est plus douloureuse, mais ce sont là des subtilités qui ne permettent pas toujours le diagnostic quand la présence du kyste n'avait pas été d'avance constatée. D'ailleurs, de même que l'abcès dentaire le kyste peut faire saillie sous la peau et déterminer à la gencive ou au menton une fistule souvent intarissable jusqu'à ce qu'on ait extrait la dent.

Eufin il est possible de diagnostiquer le genre de kyste, paradentaire auquel on a affaire quand le diagnostic d'existence a été établi.

Quand il manque une dent au point correspondant au kyste, que celui-ci est développé au maxillaire inférieur et chez un malade de 7 à 20 ans il faut penser à un kyste dentigère avec dent incluse ; de même si c'est au moment du développement de la dent de sagesse de 20 à 30 que se produisent les accidents.

S'il s'agit d'un malade d'un âge quelconque mais plutôt de 20 à 40 ans, ayant un kyste du maxillaire supérieur au niveau d'une dent cariée et qu'il ne lui manque pas naturellement de dent, on peut plutôt penser à un kyste uniloculaire.

Enfin si l'on a une tumeur bosselée de consistance inégale envahissant une partie du maxillaire inférieur, c'est à la tumeur polykystique qu'on songera aussitôt.

Mais il n'y a rien d'absolu, chacun des symptômes typiques peut manquer, la dent peut ne pas être cariée, il

peut persister une dent, la tumeur peut être peu sensible, le siège interverti et dans ces cas, le diagnostic de la variété est presque impossible.

Mais il est un moyen de diagnostic puissant, c'est la ponction qui révélera non seulement la présence de liquide, mais la nature de ce liquide, de plus on pourra parfois sentir le frottement d'une dent incluse; il est vrai, que dans certains kystes à contenu épais, la seringue ne ramène rien, mais on a du moins la sensation que l'aiguille agit librement dans une cavité, ce qui met sur la voie du diagnostic.

OBSERVATIONS

Obs. I (inédite). — Gros kyste uniloculaire du maxillaire supérieur. — Obs. communiquée par M. A. Durrieux, interne des hôpitaux.

Madame N..., âgée de 29 ans, est entrée salle Lenoir, hôpital Necker, dans le service du professeur Le Dentu, pour une tumeur du maxillaire supérieur, le 4 février 1898.

Depuis un an, elle a constaté l'apparition d'une grosseur au côté droit de la mâchoire supérieure, à la suite de violentes névralgies dentaires et faciales.

Cette petite tumeur a grossi peu à peu pour arriver en mai 1897 à la grosseur du pouce à peu près. Les douleurs faciales qui persistaient jointes à la déformation due à la présence de la grosseur au côté droit de la face amenèrent la malade à consulter le médecin. Celui-ci diagnostique une tumeur kystique du maxillaire et se borne à faire une ponction avec une seringue de Pravaz.

Celle-ci ramena un liquide rouge, un peu poisseux, filant, que la malade a qualifié du nom de sang à cause de la couleur, mais qui pourrait être du liquide séreux et filant coloré par une petite hémorrhagie de la paroi due soit à la décompression brusque de la paroi vasculaire, soit à la blessure de l'aiguille de la seringue. La quantité de liquide enlevée fut de trois seringues soit 5 à 6 cc.

La tumeur disparut, mais les douleurs persistèrent quoi qu'à intervalles plus éloignés.

Peu à peu, la tumeur reparut à la même place s'accompagnant du même cortège douloureux ; elle grossit considérablement et c'est elle qui amène la malade à la salle Lenoir.

La face présente en effet, une saillie anormale au côté droit de la figure et remontant jusqu'à la hauteur de la pommette, effaçant en partie la dépression naso-faciale en dedans et s'étendant en dehors à un centimètre du relief massétérin.

A la pression de la joue cette tumeur apparaît dure, immobile, indolore, arrondie et difficile à limiter sur ses bords. Les téguments de la joue glissent facilement sur elle. Si on écarte la lèvre supérieure on aperçoit au-dessus du bord alvéolaire du maxillaire droit, au niveau de la première molaire une saillie de la gencive et l'exploration digitale montre que cette tumeur dépasse le sillon gingival. Grosse comme une noix, elle est dure et l'exploration attentive n'y montre pas trace de fluctuation ; cependant sa consistance partout uniforme n'est pas osseuse mais rénitente et élastique. Elle semble nettement fixée à l'os et ne se déplace par aucun mouvement. Sa limite peut être explorée avec le doigt en déprimant fortement la gencive, elle apparaît sous forme d'un rebord mou qui se confond petit à petit avec les parties voisines. La muqueuse gingivale glisse assez facilement sur la tumeur, elle n'est ni ulcérée, ni même tuméfiée comme dans le cas de périostite alvéolo-dentaire phlegmoneuse.

Le palais ne présente aucune bosselure anormale.

Par le nez, il ne sort aucun liquide pathologique et l'exploration des fosses nasales ne montre aucune tumeur bombant dans sa cavité.

Le choc de la première molaire est douloureux et provoque

des irradiations dans toute la face, cependant la couronne de cette molaire paraît saine et ne montre aucune trace de carie ; aucun antécédent, d'autre part, ne permet de songer à une gomme syphilitique ou tuberculeuse.

On porte le diagnostic de kyste alvéolo-dentaire du maxillaire supérieur, ayant pour origine la première molaire.

Le 6 février, le chef de clinique pratique l'ablation de la dent qui provoque l'issue d'une certaine quantité d'un liquide jaunâtre, filant, épais, semblable à de la gomme et légèrement teinté de sang contenant quelques petits flocons blanchâtres.

L'analyse chimique montre qu'il contient de l'albumine en grande quantité. Puis le rebords alvéolaire ayant été incisé, la paroi du kyste mise à nu par détachement de la gencive, on énuclée celui-ci en partie et on complète l'opération par un curettage énergique de la cavité, jusqu'au delà des limites du kyste, d'assez nombreuses fongosités qui occupaient la cavité du kyste sont enlevées par ce moyen.

L'hémorrhagie est ensuite promptement arrêtée par un léger attouchement au chlorure de zinc et par un tamponnement à la gaze iodoformée.

Au court de l'opération on avait pu constater que le kyste était bien uniloculaire et ne communiquait pas avec le sinus maxillaire. Sa paroi profonde était fermée par la branche montante du maxillaire supérieur.

L'examen de la dent montra au niveau de l'extrémité de la racine une excroissance ouverte correspondant au pédicule du kyste rompu par l'avulsion de la dent. Celle-ci n'était cariée dans aucune de ses portions.

L'examen histologique de la poche montra un feutrage conjonctif très infiltré de cellules embryonnaires et extrêmement vascu-

lares et un revêtement épithélial ayant le caractère de l'épithélium adamantin dans les cellules du deuxième plan, mais dont les cellules superficielles étaient aplaties.

Depuis la malade est revenue fréquemment se faire panser. La cavité se comble progressivement et régulièrement et les douleurs faciales ont entièrement disparu.

Obs. II (inédite). — *Kyste uniloculaire du côté gauche de la mâchoire supérieure*, communiqué par M. A. Durrieux, interne des hôpitaux.

M^{lle} C..., âgée de 21 ans se plaint de violentes douleurs névralgiques dans la mâchoire et la face, avec des irradiations vers la pommette et vers l'oreille, datant de plusieurs années avec des rémissions de quelques semaines.

Elle a de mauvaises dents et les fait soigner pour des lésions de carie dentaire. Depuis 6 mois, elle a constaté l'apparition d'une petite grosseur à la joue, du côté gauche ; cette grosseur est indolore, mais gênante et disgracieuse.

Longtemps cette tumeur resta stationnaire et la malade ne s'en inquiétait pas, mais depuis quelques mois, la tumeur a augmenté de volume est devenue très apparente et amène la malade à la salle Lenoir, octobre 1897.

On constate en effet, une saillie de la joue arrondie, bombant en dedans de la pommette et se poursuivant jusqu'au méplat nasofacial.

La peau de la joue glisse facilement sur cette grosseur qui paraît unie, rénitente, indolore à la pression et assez nettement limitable.

Quand on soulève la lèvre, on voit tomber la gencive au-dessus des arcades dentaires, au niveau de la première molaire.

Cette dent est cariée et réduite à un chicot dont la percussion est très douloureuse et provoque des irradiations très pénibles vers le nez, la pommette et l'oreille. Cette tumeur grosse comme une bille est régulièrement ronde et on fait facilement le tour avec le doigt.

Elle dépasse le sillon gingivo-buccal.

Elle est immobile et ne peut aucunement être déplacée sur le maxillaire, mais la gencive glisse assez facilement sur la face antérieure de la tumeur, elle n'est ni enflammée ni ulcérée comme dans les cas d'abcès dentaire. On peut obtenir par l'exploration digitale une sensation de fluctuation assez obscure ou de rénitence élastique bien différente de la dureté osseuse.

On se trouve donc en présence d'une tumeur kystique. D'autre part, pas de voussure palatine, pas d'écoulement nasal, ni de bosselures des fosses nasales, donc rien de sinusien. C'est donc à un kyste odontopatique qu'on a affaire.

L'opération consista dans l'avulsion du chicot qui amena l'issue d'un liquide filant, épais, jaune brun, sans odeur, semblable à de la glycérine et contenant de l'albumine et des éléments figurés assez nombreux. Après incision de la gencive, au bord alvéolaire, la paroi du kyste fut effondrée et fortement grattée à la curette. L'hémorrhagie fut insignifiante et céda rapidement par le bourrage à la gaze iodoformée.

La malade revint se faire panser et l'on put suivre les progrès réguliers de la guérison qui survint au bout de deux mois. A ce moment la cavité était complètement comblée, les douleurs avaient disparu. Depuis la malade n'a plus ressenti de douleurs et le kyste ne s'est pas reproduit.

On avait pu constater qu'il s'agissait d'un kyste uniloculaire et sans communication avec le sinus. L'examen de la racine montra

à l'extrémité de celle-ci un point irrégulier, correspondant au pédicule du kyste qui s'était brisé au moment de l'arrachement de la dent. L'examen de la dent montra des lésions de carie avancée, lésions remontant jusqu'au sommet des racines.

La paroi du kyste était formée d'une couche fibreuse formée de fibres conjonctives adultes avec quelques éléments cellulaires assez rares.

La paroi intérieure présentait un revêtement épithélial pavimenteux très net. La paroi était très vasculaire.

Obs. III (personnelle). — Kyste appendiculaire multiloculaire.

M. G..., âgé de 35 ans, se plaint de violentes douleurs dentaires remontant à plus d'un an.

A cette époque la première molaire droite supérieure qui était cariée et déjà en partie creuse fut cassée.

Les douleurs intermittentes, dues à la carie, devinrent dès ce moment plus violentes et plus fréquentes, puis s'installèrent d'une manière à peu près définitive. C'était des élancements que le malade localisait très nettement dans les racines de la première molaire et qui s'irradiaient vers la pommette et vers la tempe. Le malade essaya vainement tous les caustiques, tous les calmants successivement sans succès. Il vint enfin nous consulter.

L'examen de la dent nous montra des débris de la couronne complètement cariés, l'intérieur exploré au stylet présentait une cavité communiquant avec les racines. Cet examen fut très douloureux pour le malade ; la moindre pression sur le chicot et sa percussion provoquent les irradiations mentionnées, de plus les racines sont un peu mobiles, comme s'il y avait un abcès du périoste alvéolo-dentaire ; cependant l'examen des gencives ne ré-

vèle aucune tumeur fluctuante, aucune rougeur anormale de la muqueuse comme cela est de règle dans les abcès.

La douleur ressentie par le malade empêche de forcer la palpation des gencives, pour rechercher la présence possible d'une tumeur solide ou liquide.

L'extraction des racines est opérée en trois temps, sans anesthésie.

Les racines externes ne présentent rien de particulier, mais la racine palatine, porte à son extrémité un kyste appendiculaire. Ce kyste gros comme un petit pois ovoïde est de consistance ferme et nullement fluctuant ; il est relié à la racine par un court pédicule qui coiffe l'extrémité même de celle-ci. Ce kyste n'est pas régulièrement arrondi, mais bosselé à sa surface, sa couleur est assez uniformément gris jaunâtre.

A l'ouverture de la poche, il ne sort aucun liquide, le kyste était vide.

La paroi est très épaisse un millimètre et même un millimètre et demi par places, ces parois sont intérieurement irrégulières, elles présentent une série de brides, de cloisonnements incomplets correspondant aux bosselures de la surface et qui représentent quatre à cinq loges largement ouvertes les unes dans les autres. C'est donc à un kyste multiloculaire primitif qu'on avait affaire.

La racine dont l'extrémité était libre et nue dans l'intérieur du kyste présentait des altérations, elle était rugueuse, dépolie et irrégulière. L'examen histologique de la poche kystique montra que la paroi était formée d'un stroma conjonctif fibrillaire, infiltré d'éléments cellulaires et parsemé de bourgeons épithéliaux pavimenteux ; la paroi est richement vascularisée surtout autour des bourgeons épithéliaux qui sont entourés d'un important réseau capillaire.

L'épithélium de revêtement partout continu sauf au niveau de la racine, présente des cellules aplaties à la surface et des cellules pavimenteuses polygonales et portant des filaments d'union.

Dans le stroma, pas de kystes microscopiques ni de productions glandulaires.

L'avulsion des racines fut suivie de la disparition complète des douleurs qui depuis n'ont pas reparu.

Obs. IV (personnelle). — Kyste appendiculaire uniloculaire.

Madame R., âgée de 35 ans se plaint de violentes douleurs dentaires provenant de la première molaire gauche supérieure. Ces douleurs remontent à deux ans et la malade s'est déjà fait longtemps soigner cette dent.

Les douleurs ayant persisté malgré tout, elle vient pour se la faire extraire.

La première molaire gauche supérieure est en effet cariée et obturée depuis plusieurs mois ; la malade prétend n'avoir ressenti aucun soulagement à la suite de ce traitement qui a laissé subsister les douleurs irradiées dans toute la face.

Ces douleurs dont l'intensité est bien au siège des racines de la molaire malade fait songer à de la périostite alvéolo-dentaire. D'ailleurs la gencive est rouge au niveau de la dent et légèrement gonflée. Cependant la pression n'est que peu douloureuse et ne donne aucune sensation de fluctuation ou d'empatement ; rien par conséquent qui puisse faire songer à un abcès dentaire.

D'autre part la percussion de la dent est douloureuse, provoque les irradiations habituelles et l'on constate une légère mobilité de la dent comme si l'extrémité de la racine était libre dans une cavité. Le diagnostic porté fut périostite alvéolo-dentaire et l'extraction fut pratiquée.

Les racines présentaient effectivement des traces de périostite mais de plus, au sommet de l'une d'elles se trouvait un petit kyste appendiculaire gros comme un grain de chènevis très dur, de couleur blanc rougeâtre, régulièrement arrondi non mobilisable. Sur la racine sestile, ce kyste incisé ne laissa couler aucun liquide appréciable, il était donc vide.

L'examen histologique de sa paroi montra un feutrage très important de grosses fibres conjonctives, peu vasculaires et contenant très peu d'éléments cellulaires. La paroi était tapissée d'un épithélium stratifié où l'on reconnaissait, des cellules étoilées à prolongements anastomosés véritables cellules adamantines mêlées à des cellules polygonales indifférentes ; ni kystes, ni glandes, ni bourgeons épithéliaux dans la paroi.

La cavité était régulière ; c'était bien un kyste uniloculaire. L'extrémité de la racine de la dent était un peu dépolie, rugueuse présentait en un mot des traces de périostite que l'on retrouvait sur les autres racines.

La guérison fut obtenue par l'extraction de la dent et les douleurs disparurent définitivement.

Obs. V (personnelle). — Kyste appendiculaire uniloculaire.

Madame F..., âgée de 40 ans, se plaint depuis plusieurs mois de violentes douleurs au niveau de la première grosse molaire inférieure gauche. Les douleurs ne sont pas constantes mais se reproduisent à intervalles irréguliers sous forme de crises très violentes et quelquefois durant plus d'une semaine. La douleur s'irradie dans le maxillaire inférieur vers l'oreille et l'articulation temporo-maxillaire.

Tous les moyens calmants, tous les caustiques ont été employés sans succès sur la molaire sans faire cesser les douleurs.

La malade vient pour se faire extraire la dent. Celle-ci présente des lésions de carie peu avancées. La gencive est rouge, gonflée, douloureuse à la pression, cependant cette rougeur est limitée ne pas vers le sillon gingivo-labial, il n'y a ni empâtement, ni fluctuation comme dans le cas d'abcès, pas non plus de fistule. La pression de la dent et sa percussion sont très douloureuses aussi n'obtenons-nous qu'une très obscure sensation de mobilité ; ne voulant pas faire souffrir inutilement la malade. Du côté du palais aucun gonflement. Le diagnostic n'est pas établi rigoureusement et flotte entre l'hypothèse d'abcès et celui de kyste dentaire.

L'extraction est opérée et montre sur les racines des traces de périostite. La racine postérieure porte à son sommet un kyste ayant la forme allongée d'un grain de riz et gros comme un pois.

L'extrémité effilée du kyste part nettement du sommet de la racine mais la tumeur remonte le long du bord interne de la racine auquel elle adhère intimement, il n'est pas possible de l'en détacher, ni de provoquer le moindre mouvement. Sa consistance est fluctuante, molle, il est rouge, et ne présente pas de bosselure.

L'ouverture du kyste amène l'issue de quelques gouttes d'un liquide blanchâtre, huileux, filant, non épais, ni caséeux, sans odeur et qui était formé de cellules épithéliales desquammées abondantes et de quelques leucocytes sans que l'on put trouver de vrais globules de pus.

Cela correspondait au premier stade d'une transformation purulente du contenu du kyste.

La paroi était molle, peu épaisse, la surface interne lisse, ne présentait pas de villosités ni de fongosités.

L'examen histologique montre que la paroi est formée de

stroma-conjonctif jeune fortement infiltré de cellules rondes à gros noyaux et très vasculaire ; un assez grand nombre de cellules migratrices se trouve dans ce stroma.

Des boyaux épithéliaux dont quelques-uns ont l'aspect de glandes infiltrent la paroi ; ils sont formés de cellules pavimenteuses à filaments d'union. Le revêtement épithélial aplati à la surface revêt dans la profondeur le type pavimenteux.

La racine de la dent un peu rugueuse est libre dans l'intérieur du pédicule du kyste.

L'extraction a provoqué la cessation des douleurs. L'observation est trop récente pour qu'on connaisse le résultat définitif.

Obs. VI (personnelle). — Kyste appendiculaire mixte.

Mademoiselle M..., âgée de 20 ans, se plaint de violentes douleurs dans la mâchoire inférieure et de grandes difficultés dans la mastication, accidents qu'elle attribue à une grosseur qu'elle sent à la gencive du côté gauche, au niveau de la petite molaire inférieure. La dent, dit-elle, lui paraît plus longue et le moindre choc provoque des douleurs dans tout le côté du maxillaire. Elle vient à la consultation pour se faire extraire cette dent car elle a essayé sans succès les moyens calmants et les pansements dentaires.

La dent est cariée. Au niveau de cette première molaire, la gencive est légèrement gonflée, un peu douloureuse, mais moins que dans le cas d'abcès et l'on n'a pas cette fluxion, cet empatement si spécial au niveau du bord de la mâchoire qui est de règle dans les abcès d'origine dentaire.

La pression montre peu d'empatement pas de fluctuation, pas de saillie osseuse ni en dedans vers la cavité buccale ni en dehors vers le sillon gingivo-labial. La percussion de la dent est très douloureuse, celle-ci paraît un peu ébranlée.

Le diagnostic porté est périostite alvéolo-dentaire.

L'extraction est opérée.

La racine porte à son extrémité un kyste sacculaire d'environ deux centimètres de longueur sur un demi-centimètre de largeur, qui paraît continuer la racine de la dent.

Ce kyste de consistance molle ressemble à un caillot sanguin ; il est rouge foncé avec des trainées blanchâtres, fibreuses plus dures. Il est fluctuant et peut être un peu mobilisé sur la racine qu'il engaine, sans présenter de véritables bosselures, il est irrégulier à sa surface.

L'ouverture du kyste donne issue à un peu de liquide jaunâtre, filant qui, chimiquement, contenait de l'albumine et de la cholestérine. Dans le liquide nageaient des éléments figurés assez peu abondants.

La paroi du kyste formée de tissu jaune, presque exclusivement embryonnaire par places, contenait beaucoup de cellules rondes à gros noyau. Le réseau vasculaire était à ce point abondant que son importance égalait presque celui du stroma. Par places, du myxôme pur. Dans l'intérieur de la cavité quelques bourgeons mous formés en partie de tissu myxomateux, puis au milieu de ce tissu jaune, quelques travées fibreuses adultes faisant saillie dans l'intérieur de la cavité et ébauchant un cloisonnement. S'agit-il d'un kyste primitivement uniloculaire en voie de cloisonnement ou d'un kyste multiloculaire en voie de formation uniloculaire par destruction de ses cloisons, l'un comme l'autre, sont peu vraisemblables, on pourrait penser plutôt qu'on a affaire à une forme intermédiaire ou ce cloisonnement n'est qu'estompé et où les loges, seulement indiquées ; sont très largement communicantes.

Dans la paroi de nombreux bourgeons épithéliaux formés de cellules à type nettement adamantin (cellules étoilées à prolonge-

ments anastomosés), quelques formations glanduliformes pas de kystes microscopiques.

Revêtement épithélial aplati à la surface, adamantin dans la profondeur.

L'avulsion de la dent a fait cesser les douleurs et la malade est entièrement guérie depuis plusieurs mois. Aucune trace de récurrence.

Obs. VII (personnelle). — Kyste appendiculaire uniloculaire.

Madame B..., âgée de 30 ans, souffre depuis plusieurs mois de douleurs violentes au niveau de la deuxième petite molaire gauche supérieure.

La mastication est devenue presque impossible et provoque des douleurs irradiées dans toute la face. Les moyens calmants n'ayant pas réussi, non plus que les pansements dentaires, la malade vient se faire extraire la dent. La deuxième molaire gauche supérieure présente des lésions de carie, elle est en partie creuse, la région est normale, la gencive n'est ni rouge, ni empâtée, ni douloureuse à la pression; rien non plus à la voûte palatine. La pression et la percussion de la dent sont très douloureuses et ne permettent pas de rechercher si la dent est mobile. L'absence de tout signe inflammatoire fait songer à la possibilité d'un kyste, agent de la douleur et la dent est extraite. Les racines sont soudées ensemble et portent à leur sommet un petit kyste, ayant la forme et la grosseur d'un pois, régulièrement arrondi, sans bosselures et retenu à la racine par un pédicule court et large.

De consistance dure immobile sur la dent, sa couleur est rouge foncé, on dirait un petit caillot de sang. L'incision ne laisse échapper aucun liquide, bien que la cavité soit bien formée elle est vide et lisse, sans trace de villosités ou de fongosités. Les

parois du kyste sont épaisses, dures, la racine de la dent un peu rugueuse et irrégulière est libre dans la cavité du kyste.

A l'examen histologique, la paroi paraît formée d'un enchevêtrement de faisceaux fibreux adultes assez épais avec peu de cellules, et pas d'éléments embryonnaires, de très rares bourgeons épithéliaux formés de cellules pavimenteuses se voient par places.

Pas de formations glandulaires ni de kystes en miniature, un abondant réseau sanguin. L'épithélium de revêtement était nettement pavimenteux avec des cellules à filaments d'union, quelques cellules arrondies indifférentes dans la profondeur.

La guérison fut obtenue à la suite de l'extraction de la dent et il n'y a pas eu de récurrence.

Obs. VIII (personnelle). — Kyste appendiculaire de la petite incisive.

Jean R..., âgé de 35 ans, souffre depuis plusieurs mois des dents, d'une manière intermittente. Les douleurs reviennent par crises souvent intolérables et s'accompagnent d'inflammation de la région, de fluxion et d'abcès dentaire. Une de ces crises plus violente l'amène à notre consultation. Nous constatons un gonflement et un empatement très considérables de la gencive supérieure, mais cette tuméfaction est antérieure et assez bien localisée à la région des incisives. La pression de la gencive est douloureuse, moins cependant que n'auraient pu le faire croire les souffrances endurées par le malade. Rougeur, tension de la muqueuse, mais aucune sensation de fluctuation, rien qui puisse faire affirmer la présence d'un abcès.

L'état des dents est mauvais, les incisives sont atteintes de carie assez avancée. La pression et la percussion de la petite inci-

sive supérieure gauche est douloureuse et réveille des irradiations vers l'aile du nez et la voûte palatine.

La dent est en partie mobile.

Le diagnostic est périostite alvéolo-dentaire autour d'une incisive.

Le malade ayant déjà été traité sans succès on décide l'extraction de la dent malade et douloureuse. La petite incisive gauche supérieure est enlevée et l'on constate au niveau du sommet de sa racine la présence d'un kyste de la grosseur d'un pois volumineux. Ce kyste est de couleur rouge avec des tractus blancs par places, il est de consistance molle et fluctuante, sa surface est régulièrement arrondie. Ponctionné, il laisse couler un liquide filant, brunâtre sans odeur, nullement purulent, ce liquide est alcalin, il contient une forte proportion de mucine et de cholestérine et de nombreux globules rouges auxquels il doit sa couleur.

Sa paroi molle et friable comporte un substratum conjonctif jeune parsemé de bourgeons épithéliaux à type pavimenteux, dont aucun n'est kystique ou glanduliforme. Grande vascularisation, infiltration cellulaire considérable. Revêtement épithélial interne à type nettement adamantin (cellules étoilées à prolongements anastomosés).

Obs. IX (personnelle). — Kyste appendiculaire de la 1^{re} grosse molaire.

Madame A..., âgée de 30 ans, souffre depuis longtemps des dents et se fait soigner pour cette cause. La première grosse molaire gauche supérieure atteinte de carie avancée et contenant une excavation très grande a été soignée maintes fois; l'obturation après désinfection n'a pas amené la régression des douleurs aussi, bien que la gencive soit absolument normale et ne présente au-

cune tuméfaction, aucune douleur à la pression, aucune rougeur, se décide-t-on à l'extraction de la molaire malade, sans poser de diagnostic précis, mais seulement pour parer aux douleurs endurées.

Ces douleurs sont souvent violentes et irradiées dans toute la mâchoire supérieure et la face.

L'extraction de la première grosse molaire gauche, montre au sommet de la racine palatine un kyste de la grosseur d'un petit pois très arrondi, sans bosselures, assez mou et se laissant bien déprimer ; rouge foncé avec des points plus pâles et des filaments blancs qui parsèment sa surface. Il contient une petite quantité de liquide rougeâtre ou l'on reconnaît des éléments figurés du sang en assez grande abondance et quelques cristaux de cholestérine.

Il contient de la mucine qui forme dans le liquide de petits flocons.

Sa paroi assez mince comprend un réseau conjonctivo-vasculaire et un revêtement épithélial.

Le tissu conjonctif est fibrillaire mais contient de nombreuses cellules rondes embryonnaires à gros noyaux, le réseau capillaire est très riche, dans la paroi se trouvent de nombreux bourgeons épithéliaux formés de cellules pavimenteuses, l'un de ces bourgeons est creusé à son centre d'une petite cavité kystique tapissée d'un épithélium pavimenteux.

Le revêtement épithélial comporte des cellules aplaties à la surface et des cellules adamantines mêlées à des cellules indifférentes dans la profondeur. La racine de la dent était rugueuse et dépolie. L'extraction de la dent amena la disparition des douleurs.

Obs. X (personnelle). — Kyste appendiculaire biloculaire d'une grosse molaire.

Mademoiselle B..., âgée de 14 ans, souffre depuis quelques mois de la première grosse molaire inférieure. Elle a eu plusieurs poussées aiguës et des irradiations le long du maxillaire inférieur.

Les différents traitements suivis n'ont provoqué aucune amélioration et elle demande qu'on lui arrache sa dent. Celle-ci est cariée et découronnée mais les racines sont encore réunies, cependant on peut les mobiliser avec le doigt ; la percussion est douloureuse et réveille les irradiations habituelles dans le côté gauche de la mâchoire. La gencive est gonflée, rouge mais ce gonflement est assez généralisé et d'autre part on ne sent ni fluctuation comme dans un abcès, ni grosseur dure ; la pression de la gencive est peu douloureuse. L'impuissance des traitements employés, l'indolence relative de la gencive jointe à la violente douleur de la racine font penser à un kyste appendiculaire.

La première grosse molaire gauche inférieure est donc extraite et l'on trouve à sa racine antérieure un petit kyste gros comme une petite noisette et accolé contre le bord intime de cette racine, qu'il coiffait comme un cimier de casque.

Sa forme rappelait celle d'un bonnet phrygien et il présentait nettement à sa partie moyenne une sorte d'étranglement qui le séparait en deux. Il avait une couleur rouge blanchâtre avec des places plus blanches par endroit. Il adhérait intimement à la racine de la dent et partait du sommet de celle-ci. Consistance dure et égale dans les deux portions.

A l'ouverture il s'écoule une petite quantité de liquide jaunâtre épais filant contenant des filaments blanchâtres.

Le bord de la racine n'était pas inclus dans l'intérieur du kyste,

l'extrémité de la racine effleurait juste la paroi, elle n'était pas déformée.

L'étranglement extérieur correspondait à une bride saillante dans la cavité et plus dure que la paroi environnante.

L'examen de cette paroi montra un tissu conjonctif adulte, peu vasculaire avec quelques petits bourgeons épithéliaux irréguliers formés de cellules polygonales. La paroi était tapissée d'un épithélium stratifié où se rencontraient des cellules aplaties puis des cellules pavimenteuses à prolongements ramifiés. Ni grains dentaires, ni glandes, ni kystes secondaires.

Obs. XI. — Publiée par M. Routier dans les *Bulletins de la Société de chirurgie* 1890, p. 510.

Un homme âgé de 34 ans constate depuis un an, l'apparition d'une grosseur au-dessus de la gencive sur la face externe du maxillaire supérieur droit au niveau de la fosse canine. Cette grosseur augmenta peu à peu, devint très saillante, douloureuse spontanément et à la palpation, elle se ramollit et devint fluctuante. Puis elle s'ouvrit spontanément, il s'établit une fistule par où s'écoula un liquide sur la nature duquel le malade ne put pas donner de renseignements nets.

Cette fistule qui durait depuis un mois et ne se tarissait pas, amena le malade à l'hôpital. M. Routier constata au niveau de la fosse canine la présence de l'orifice fistulaire très petit et un peu tuméfié ; le stylet montra un trajet oblique en haut et en bas entre la paroi osseuse. Les deux canines supérieures manquaient. Aussi le diagnostic porté fut-il kyste dentaire avec dent incluse.

La gencive fut incisée au niveau de la fistule et laissa apparaître une dent implantée dans la paroi. Celle-ci ne put être extraite qu'avec la gouge et le maillet. Le sinus maxillaire n'avait

plus été ouvert par le processus kystique, il ne le fut pas non plus pendant l'opération. La petite cavité était limitée par du tissu osseux compact.

La dent canine, quoique très reconnaissable, était déformée, la couronne était petite et rugueuse, la racine un peu coudée, elle avait les caractères d'une dent de remplacement.

Le côté gauche où la canine manquait aussi, il n'y avait aucune trace de tuméfaction, de douleurs, aucune déformation, aussi aucune intervention n'eut-elle lieu.

La cavité ouverte par l'opération se referma en mois par des pansements de la gaze iodoformée.

Obs. XII. — Publiée par M. Monod dans les *Bulletins de la Société de chirurgie* 1890, p. 131.

Une petite fille âgée de 13 ans porte à la mâchoire inférieure, à la région correspondante à la canine une grosseur qui a débuté il y a deux ans et qui a progressé lentement depuis. Il y a eu des douleurs au début mais elles se sont peu à peu atténuées et actuellement l'affection est indolente. Cependant elle vient à l'hôpital pour cette grosseur.

M. Monod constate à la partie droite du maxillaire inférieur une grosseur du volume d'une noisette arrondie non mobile, de consistance dure un peu résistante ne bombant pas à la face buccale du maxillaire indolente à la pression.

Toutes les dents sont en place, la dent correspondante est saine et non douloureuse à la pression. Le diagnostic porté est kyste dentaire.

On pratique une large ouverture de la tumeur qui donne issue à une petite quantité de liquide séro-purulent et l'on bourre à la gaze.

La cavité ne se comblait qu'avec une extrême lenteur et l'on constata après quelques pansements, la présence dans la paroi du foyer d'une dent implantée dans l'os et que l'on prit d'abord pour une dent surnuméraire. Cette dent fut extraite et l'on reconnut qu'il s'agissait d'une canine de la deuxième dentition un peu déformée, mais très reconnaissable et entièrement développée.

La canine qui se trouvait à sa place, à l'arcade dentaire, était une canine de la première dentition anormalement persistante et qui masquait par sa présence la véritable nature de la lésion.

La plaie après l'extraction de la dent incluse se referma rapidement.

Obs. XIII. — Publiée par M. Guinard dans les *Bulletins de la Société anatomique*, 1897, p. 942.

Un homme de 30 ans est atteint depuis plusieurs années d'une tumeur qui s'est développée très lentement au niveau de la partie postérieure de la branche horizontale gauche du maxillaire inférieur au niveau d'une molaire cariée. La grosseur à cause de sa consistance avait été prise longtemps pour une tumeur solide, mais, depuis quelques mois, elle s'était notablement ramollie. Comme elle continuait lentement à grossir, le malade vint consulter à l'hôpital Bichat. On constata au niveau de la première grosse molaire, la présence d'une tumeur saillante tant à la partie externe qu'à la partie interne de la branche horizontale gauche du maxillaire inférieur.

A la partie externe, la tumeur arrondie est fort dure, mais à la partie interne elle est rénitente et même presque fluctuante, elle paraît avoir la grosseur d'une noix ; aucune dent ne manque aux arcades dentaires, mais les dents sont en mauvais état, la molaire correspondant au siège de la tumeur est atteinte de lésions de

caries avancées. Le diagnostic de kyste dentaire du maxillaire fut porté.

M. Hartmann incisa la paroi du kyste et tenta de l'extraire en totalité, mais le kyste creva au cours de l'opération ; il contenait un liquide clair, filant épais sans odeur. La paroi du kyste qui put être enlevée en grande partie était fort épaisse. La cavité du kyste fut curettée soigneusement et l'on constata alors que le kyste avait refoulé excentriquement les deux tables du maxillaire inférieur, puis qu'il avait perforé la table interne, si bien qu'il n'était séparé de la cavité buccale que par l'épaisseur de la muqueuse buccale.

Ce kyste poussait un prolongement assez loin en avant entre les deux tables du maxillaire ; aucune racine dentaire ne put-être sentie dans la cavité du maxillaire.

La structure de la paroi correspond à la description donnée par M. Albarran en 1888.

Obs. XVI. — *Kyste du maxillaire supérieur ouvert dans le sinus.*
Publié par le Dr Bauzon de Châlons-sur-Saône et présenté par M. Magitot dans les *Bulletins de la Société de chirurgie*, 1887, p. 555.

M. X..., âgé de 35 ans, a très souvent souffert des dents qui sont en grand nombre altérées, quelques-unes mêmes sont détruites.

Dans le courant de juin 1886, il remarqua du côté gauche de la face un gonflement qui avait toutes les apparences d'une simple fluxion. Cependant en exerçant une certaine pression un peu en avant de l'os malaire on reconnaissait la présence d'une petite masse dure qui s'était développée insidieusement et avait à ce moment le volume d'une noix.

La tumeur était fixe, adhérente aux parties profondes, sans aucune mobilité et l'exploration par la bouche permettait de lui reconnaître une fluctuation très nette quoique profonde. Le docteur Bauzon diagnostiqua donc une tumeur liquide.

L'examen du bord alvéolaire correspondant donna les résultats suivants : les incisives sont saines, la canine détruite par suite de carie, a laissé sa racine indolente. La première prémolaire a été extraite, la seconde est saine, la première grosse molaire détruite depuis longtemps par la carie n'est plus représentée que par ses racines au nombre de trois, comme on sait, les autres molaires sont intactes.

Une exploration par la percussion métallique montra que les diverses dents étaient insensibles sauf les racines de la première molaire qui étaient légèrement douloureuses.

Bien que la tumeur parut correspondre par son siège à la seconde prémolaire, notre confrère conclut qu'elle avait pour point d'origine l'une des racines en question.

Un certain nombre de médecins, une dizaine paraît-il, consultés au sujet de cette affection, furent unanimement d'avis qu'il fallait attendre.

Depuis 1886 à mars 1887, la tumeur n'augmenta que lentement de volume et restait tout-à-fait indolente, n'ayant d'autre inconvénient que de défigurer le malade.

Pendant le 20 mars, on crut devoir procéder à l'ablation des racines de la première molaire, et aussitôt on reconnut qu'il s'écoulait dans la bouche une notable quantité d'un liquide que le malade qualifia de sucré.

Trois jours après, dans la nuit du 23 au 24 apparaissent des douleurs intolérables dans toute la région du maxillaire, et le matin on constata la production d'un énorme gonflement fluxion-

naire envahissant toute la joue. Le Dr Bauzon pénétra alors par les alvéoles restées libres et arrivé environ à 3 centimètres, il vit s'écouler un liquide gluant et filant. Dans la journée le malade perdit par la narine correspondante une grande quantité de matière sanguinolente. L'écoulement persista les jours suivants et acquit bientôt un caractère franchement purulent et une fétidité extrême : le sinus était donc ouvert.

Le malade partit pour Paris et se présenta chez notre collègue M. Pozzi, qui vérifia entièrement le diagnostic périostique de cataracte du sinus consécutif à un kyste du maxillaire.

Le 29 mars. — M. Pozzi ouvrit le sinus au lieu d'élection, c'est-à-dire au point le plus reculé de la fosse canine dans le vestibule. Une mèche iodoformée fut introduite dans le sinus et maintenue pendant 24 heures ; durant 3 semaines des injections bori-
quées furent pratiquées par un tube de caoutchouc à grand diamètre installé à demeure. Un mois après, le tube de caoutchouc fut remplacé par un des petits drains métalliques à pavillon dont nous avons nous-même préconisé l'emploi. Au n° 2 porté pendant quelque temps fut substitué le n° 3, qui fut même bientôt raccourcie et réduit à 12 mm.

Depuis la trépanation du sinus toute douleur a entièrement disparu. Le liquide a progressivement diminué de quantité et changé de caractère pour devenir séreux sans aucune fétidité.

Après quelques incidents, crises douloureuses passagères, élimination de lambeaux d'épithélium membraniforme, retours momentanés de la fétidité, l'état actuel, bien que ne constituant pas la guérison est très satisfaisant, tous les phénomènes sus-mentionnés ont disparu, mais le malade conserve encore par mesure de précaution son drain jusqu'à nouvel ordre.

Obs. XV. — Kyste multiloculaire de la mâchoire inférieure publié dans la *Semaine Gyn...* 1893.

Une femme de 52 ans se plaint de violentes douleurs dans la mâchoire inférieure, douleurs qui s'irradient dans l'articulation temporo-maxillaire, dans l'oreille et dans le cou.

Le maxillaire a augmenté de volume et déforme la région, de plus elle a un peu maigri depuis quelques semaines. Le début de l'affection remonte à plusieurs années.

Elle entre dans le service du Dr Le Dentu à l'hôpital Necker en 1893, pour se faire opérer de cette tumeur. On constate que le maxillaire inférieur fait sous les téguments une saillie qui provoque une asymétrie complète de la région. Au toucher on a affaire à une tumeur dure mais bosselée qui occupe toute la branche horizontale gauche et l'angle du maxillaire inférieur. Cette tumeur fait saillie sous la muqueuse gingivale tant à la partie externe qu'à la face buccale, certaines bosselures sont un peu moins consistantes mais aucune n'est rénitente ni fluctuante. La muqueuse glisse facilement sur la tumeur. Les dents existent sur le maxillaire inférieur, sauf une molaire extraite depuis fort longtemps ; quelques-unes sont cariées. La pression est un peu douloureuse et provoque les irradiations habituelles ; la percussion des dents est indolente. Le diagnostic porté est tumeur kystique du maxillaire inférieur.

L'état général est assez bon, sauf un peu d'amaigrissement ; on ne constate pas d'engorgement ganglionnaire. Cependant étant donné l'étendue des lésions et leur accroissement progressif on songe à une opération radicale. M. Le Dentu pratique la résection de la partie gauche du maxillaire inférieur et applique un appareil prothétique.

Mais celui-ci ne peut être maintenu par suite de la supuration

qui s'établit. La malade guérit alors mais en conservant la cicatrice déformante de tous ceux à qui on a enlevé un côté de la mâchoire.

L'examen de la pièce montra qu'il s'agissait d'une tumeur polykystique du maxillaire ayant repoussé excentriquement les deux tables du maxillaire. En deux points la table osseuse était presque détruite, d'où la moins grande consistance obtenue à ce niveau. La tumeur était formée de quatre kystes principaux largement communicants et séparés seulement par des cloisons fibreuses plus ou moins saillantes, mais toujours incomplètes dont une portait un squelette osseux. Un grand nombre de petits kystes partageaient les grandes cavités en logettes multiples. La paroi épaisse avait en certains points une importance prédominante. Les coupes montrèrent qu'elles contenaient des bourgeons très nombreux par place, fortement végétant et pénétrant très avant dans le stroma conjonctif qui lui-même était jeune et fortement infiltré de cellules embryonnaires. Les bourgeons épithéliaux tantôt pleins, tantôt plus ou moins canaliculés présentaient dans la plus grande partie des cellules pavimenteuses ; mais en certains points on y trouvait des cellules atypiques, indice d'un bourgeonnement épithéliomateux et d'une transformation maligne de la tumeur. La paroi était recouverte d'un épithélium aplati se rapprochant de l'épithélium pavimenteux. La tumeur était très vasculaire.

En somme, il s'agissait d'un kyste multiloculaire en voie de transformation épithéliomateuse.

Obs. XVI. — Kyste dentifère. (Résumée publiée par M. Albaran dans la *Revue de Chirurgie* 1888.

Marius V..., âgé de huit ans, se présente le 6 juin 1887, à la consultation de notre maître M. le Dentu.

A remarquer dans ses antécédents que sa sœur, âgée de douze ans, porte sur la face externe du maxillaire inférieur, au-dessous de la première molaire droite une petite tuméfaction arrondie, qui répond à la dent de remplacement non encore sortie, mais déviée.

Notre malade poussa ses premières dents à l'âge de 6 mois et de très bonne heure il eut des dents gâtées. Depuis quelques temps le père de l'enfant remarqua, sur la face externe de la mâchoire inférieure, au-dessous des dents de lait plusieurs petites bosselures analogues à celle que présente sa sœur.

A l'examen de la mâchoire inférieure, nous remarquons que les deux incisives médianes sont tombées et que les incisives de remplacement chevauchent un peu l'une par rapport à l'autre. Les incisives et les canines de lait sont en bon état.

Toutes les molaires sont cariées, mais il n'y en a pas encore de tombées.

A gauche, au-dessous de la première petite molaire et sur la face externe de l'os, on voit une petite bosse dure au niveau de laquelle la muqueuse distendue est plus pâle; c'est la dent de remplacement incluse et déviée.

A droite, altération symétrique, mais un peu plus développée au-dessous de la première petite molaire.

Plus en arrière, dans la partie de la face externe du maxillaire répondant à la deuxième molaire de remplacement, et s'étendant jusqu'à la première grosse molaire, on voit un kyste de la grosseur d'une petite noix.

Le kyste est nettement fluctuant, on ne sent pas de lamelle osseuse dans sa paroi externe, mais un peu au-dessous de sa par-

tie médiane se trouve un petit noyau dur, gros comme un petit pois, au niveau duquel la muqueuse est plus pâle.

Rien d'anormal du côté de la mâchoire supérieure dans laquelle sont encore implantées toutes les dents de la première dentition.

9 juin. — M. Le Dentu enleva la paroi externe du kyste et arracha les deuxième et troisième molaires droites inférieures. Pendant l'opération, il s'écoula du kyste qui était formé d'une seule loge ; un liquide clair, légèrement citrin.

La paroi enlevée a une épaisseur variant de un à trois millimètres ; elle contient le petit noyau dur déjà signalé, qui répond à la dent de remplacement implantée sur cette paroi et dont la couronne fait saillie à l'intérieur du kyste. La surface interne est à simple vue, assez irrégulière ; elle présente quelques saillies, séparées par des dépressions ; et, par places, en y voit quelques points jaunâtres.

Au microscope si l'on examine à un faible grossissement une coupe comprenant à la fois la dent et la paroi kystique on voit que la dent implantée dans la paroi est une bicuspide dont la couronne est bien formée et dont les racines peu développées, s'enfoncent jusqu'à une faible distance de la surface externe du kyste.

La paroi kystique est formée elle-même par deux couches, dont la plus externe est constituée par du tissu conjonctif dense, tandis que la plus interne est de nature conjonctive embryonnaire.

C'est aux inégalités de cette couche embryonnaire que sont dues les irrégularités de la surface interne du kyste.

Sur cette couche repose un épithélium pavimenteux qui malgré les manœuvres opératoires est conservé par places.

Dans toute l'épaisseur de la paroi, aussi bien dans la couche

embryonnaire que dans celle formée par un tissu plus dense, on voit de nombreuses traînées épithéliales. Les traînées ont la forme de cordons coupés en long et en travers, et par places on voit de petites masses constituées par une agglomération de cellules. Ça et là, on voit ces cordons épithéliaux continuer avec l'épithélium de revêtement du kyste.

Inclus dans la paroi kystique, à égale distance de la dent et des deux surfaces interne et externe du kyste, se trouve un autre petit kyste, gros comme une tête d'épingle, présentant en miniature la même structure que le grand kyste ; même couche embryonnaire à la surface irrégulière, sur laquelle repose l'épithélium ; mêmes traînées épithéliales contenues dans sa paroi, qui se confond du reste avec la paroi du kyste principal.

Si l'on étudie les masses épithéliales à un fort grossissement, on les voit formées pour la plupart par de petites cellules, sans contours bien nets, pressées les unes contre les autres, quelques-unes de ces masses possèdent des cellules plus grandes se rapprochant par leur forme de l'épithélium pavimenteux de la surface ; il en est dont les cellules sont cubiques, et l'on voit alors comme une ébauche de cavité centrale ; enfin quelques-unes de ces masses épithéliales tendent à prendre le type étoilé des cellules de l'épithélium adamantin.

Obs. XVII. — Kyste uniloculaire (publiée par M. Albarran dans la *Revue de Chirurgie*, 1888.

T..., Marie, passementière entrée le 17 mai 1887, salle Denonvilliers n° 59, dans le service de M. Le Dentu.

Souffre des dents depuis son enfance. Il y a quatre ans, la première petite molaire supérieure gauche et la première grosse molaire correspondante étaient cariées et la malade souffrait de

douleurs très vives ; elle dut à cet époque, faire arracher ces deux dents.

Six mois plus tard (il y a trois ans et demi) à la suite d'une fluxion dentaire la joue gauche resta un peu plus grosse que la joue droite, et c'est depuis lors que la tuméfaction actuelle s'est développée lentement sans aucune souffrance, sans la moindre gêne fonctionnelle. Depuis six mois l'accroissement est devenu plus rapide.

Actuellement on voit dans la joue gauche, en place de la dépression sus-labiale, une tuméfaction arrondie au niveau de laquelle la peau a conservé ses caractères normaux.

Le toucher n'indique pas mieux que la vue des limites de la tumeur : insensiblement ses bords se confondent avec l'os de la mâchoire, avec lequel la tumeur fait corps sans qu'on puisse provoquer la moindre mobilité.

Du côté de la bouche, la tumeur fait dans le sillon gingivo-jugāl, une saillie ovalaire, allongée d'avant en arrière, qui s'étend depuis la canine jusqu'à la dernière grosse molaire.

La gencive est saine, il manque la première petite et la première grosse molaire gauche supérieure. — Pas de déformation de la voûte palatine. La surface de la tumeur est lisse, unie, les téguments de la joue glissent bien sur elle, tandis que du côté de la bouche la muqueuse soulevée forme corps avec la tumeur.

Sa consistance est nettement fluctuante et ce caractère est surtout bien apprécié, alors qu'on provoque la fluctuation, un doigt étant introduit dans la bouche, tandis que l'autre presse sur la joue.

Nulle part de crépitation parcheminée.

Pas de déformation du côté de l'orbite, ni du côté des fosses nasales.

La malade n'a jamais eu de larmolement ni aucune sorte d'écoulement par le nez ; l'odorat est bien conservé.

Nous l'avons dit, pas de douleurs spontanées, pas non plus de sensibilité à la pression. La peau de la joue est parfaitement sensible à la piqure et à la température. Les muscles labiaux sont normalement contractiles.

Pas de ganglions sous-maxillaires.

Opération le 18 mai. Résection d'une partie de la paroi antérieure du kyste et de la portion correspondante de la muqueuse buccale.

On vit une poche kystique uniloculaire assez développée pour remplir complètement le sinus maxillaire, dont la paroi antérieure soulevée avait presque complètement disparu. Pendant l'opération le kyste uniloculaire laisse une quantité assez considérable d'un liquide filant.

Le doigt introduit par l'ouverture opératoire, les pansements successifs avec la gaze iodoformée firent bien voir que le kyste occupait le sinus ayant soulevé et détruit sa paroi antérieure.

Examen microscopique. — La partie de la paroi qui a été enlevée présente une épaisseur variant de un et demi à trois millimètres, mais dans sa portion inférieure, on remarque un épaississement de la paroi qui atteint cinq millimètres d'épaisseur.

A l'œil nu, on distingue quelques petites irrégularités du côté de la face interne du kyste.

Au microscope, indépendamment de quelques lamelles osseuses atteintes d'ostéite qui se voient tout à fait à la surface, on peut distinguer trois couches dans la coupe de la paroi kystique. La couche la plus externe est formée par un tissu fibreux qui se continue sans ligne de démarcation avec le périoste, dans les parties où il existe encore des lamelles osseuses.

La couche moyenne est formée par du tissu embryonnaire et les éléments jeunes infiltrent ainsi une partie de la couche précédente, en sorte qu'il n'existe pas une ligne de démarcation bien nette entre les deux. Cette couche embryonnaire forme des mamelons comparables sous le point de vue de la formes aux papilles fongiformes. La partie centrale de ces mamelons présente souvent un certain nombre de faisceaux conjonctifs bien développés dont la direction est parallèle à l'axe de la papille.

La surface interne du kyste est recouverte d'une couche épithéliale qui coiffe les mamelons et s'insinue dans les espaces qui les séparent les uns des autres.

Les cellules qui forment cet épithélium présentent très nettement la forme étoilée, les anastomoses filamenteuses qui caractérisent l'épithélium adamantin : elles se pressent en couches stratifiées d'épaisseur variables, et tandis que dans les couches moyennes la structure adamantine est fort nette, on voit les cellules qui limitent la cavité s'aplatir parallèlement à la surface sans prendre pour cela le caractère corné.

La limite entre l'épithélium et la couche embryonnaire est peu distincte, il existe des endroits où il est impossible, quel que soit le grossissement employé de dire où s'arrête l'épithélium où commence le tissu conjonctif ; on voit à la limite des deux couches des éléments cellulaires épithélioïdes.

Ce qui complique encore l'observation, c'est l'existence de nombreux cristaux d'acides gras au niveau des papilles, dans l'épaisseur de la couche embryonnaire.

Je remarque en passant que cette altération était aussi fort nette dans un cas de kyste odontoplastique que j'ai décrit.

Nous avons vu que la couche épithéliale présente une épaisseur variable suivant les points examinés ; elle est plus épaisse

entre les mamelons papilliformes qu'à la surface de ceux-ci, et par places on la voit former un large bourgeon peu étendu, qui pénètre dans la couche embryonnaire sous-jacente.

A niveau de la partie épaissie de la paroi, c'est-à-dire dans la partie de la poche qui est en rapport avec la muqueuse du sillon gingivo-labial, on voit la couche éqithéliale présenter une épaisseur plus considérable ; dans un point les cellules prennent franchement le type pavimenteux, et sur plusieurs préparations, nous avons vu la coupe transversale d'un cordon épithélial à évolution cornée situé dans l'épaisseur de la paroi conjonctive de la poche.

Obs. XVIII.— Communiquée par M. Dragon, interne des hôpitaux. Publiée par M. Albarran *Revue de chirur.* 1888. Kyste uniloculaire.

La nommée Eugénie L..., âgée de 40 ans, entre le 6 décembre 1887 dans le service de M. Lucas-Championnière, à l'hôpital Saint-Louis.

Il y a sept ans, elle remarqua pour la première fois une petite grosseur au niveau de la gencive gauche près de la racine de la petite molaire inférieure. Un médecin ouvrit cette tumeur et il s'en écoula un peu de pus. Au bout de six mois, la tumeur reparut et deux ans après on pratiqua une série d'incisions qui n'amenèrent que la sortie d'un peu de liquide sanguinolent.

Peu à peu la tumeur a augmenté de volume et l'an dernier elle devint assez grosse pour déformer la joue, un nouveau médecin fait une ponction dans la tumeur, en retire un liquide brùnâtre et conseille une intervention chirurgicale.

Le 6 décembre. — La face de la malade est déformée, sa joue gauche est tuméfiée, la commissure des lèvres est abaissée de ce côté. Les mouvements de la face sont gênés par cette tumeur qui paraît lisse, régulière, grosse comme un œuf de poule.

On peut la circonscrire avec les doigts et on reconnaît qu'elle est fluctuante : la fluctuation est surtout très nette au niveau du cul-de-sac gingivo-jugal. La voûte du palais est légèrement abaissée du côté malade. Les deux petites molaires supérieures n'existent plus ; une racine de la première a seule subsisté.

Il n'existe aucun trouble de la salivation, de la déglutition, de la mastication ; la malade est atteinte fréquemment de coryza, mais il n'y a jamais eu d'écoulement spécial par les fosses nasales. Enfin on ne trouve aucun trouble de la vue ni de l'appareil lacrymal.

Opération. — Le 8 décembre, la tumeur est mise à nu et on constate alors qu'elle s'est développée dans le sinus maxillaire, dont elle a défoncé et usé la paroi antérieure qu'on détruit. Puis on gratte la paroi du kyste qui tient au sinus et on la cautérise au chlorure de zinc. Drainage de la cavité du sinus. Guérison.

Examen histologique. — Le liquide brunâtre contenu dans ce kyste ne montre au microscope que du sang altéré, des détritux graisseux et quelques cristaux de cholestérine.

La paroi très mince présente une épaisseur variant de 1 à 3 millimètres ; sa surface interne de couleur brune recouverte en partie par un fin dépôt pulvérulent dû au sang, est lisse, et il faut regarder de près pour y distinguer par places de petites irrégularités.

A la coupe la paroi est formée en dehors par du tissu conjonctif fasciculé disposé en lamelles parallèles dans leur ensemble à la surface du kyste ; en dedans on voit ce tissu se continuer assez brusquement avec une couche embryonnaire de petites cellules rondes, qui du côté de la cavité kystique est délimitée par une ligne irrégulière présentant quelques enfoncements séparés par

une assez grande quantité de substance fondamentale et que dans sa partie la plus interne, elle prend un aspect myxomateux.

Reposant sur la couche précédente et limitant la cavité kystique, existe une mince bordure épithéliale masquée en partie par la présence du sang. Cette couche très mince est réduite à deux ou trois épaisseurs de cellules aplaties au niveau des parties saillantes de la couche embryonnaire, tandis que plus nette au niveau des enfoncements, elle paraît formée presque partout par des cellules pavimenteuses aplaties, et dans certains endroits on voit les cellules correspondantes à la partie centrale de la bordure épithéliale prendre un aspect vaguement étoilé. La dissociation de ces cellules avec l'alcool au tiers, et le sérum iodé montre nettement que à côté des cellules pavimenteuses aplaties, il en existe de nettement étoilées.

La couche épithéliale n'envoie que de très rares bourgeons dans la paroi kystique, et ce n'est qu'après des examens répétés de très nombreuses coupes que nous avons pu voir quelques-uns de ces bourgeons formés par des cellules pavimenteuses ; l'un d'entre eux présente des globes épidermiques.

Ce kyste est très vasculaire ; toute la portion de la paroi que nous avons vue formée de tissu embryonnaire est parcourue par un fin réseau de capillaires embryonnaires qui arrivent immédiatement au-dessus de l'épithélium. Par places on voit de petites hémorragies interstitielles.

Obs. XIX. — Kyste multiloculaire. Epithélioma adamantin et pavimenteux, publiée par M. Albarran. *Revue de Chirurgie*.

L... Victor, soixante-trois ans, entré dans le service de M. le professeur Trélat en janvier 1885, salle Ste-Vierge, n° 19.

Homme bien conservé, de bonne santé générale. Vers l'âge

de vingt-cinq ans il eut un petit kyste dentaire au niveau de la deuxième petite molaire gauche.

Pendant quinze ans, le malade subit trois incisions de sa tumeur, qui, à chaque récurrence, revenait plus grosse. Cinq ans plus tard, troisième récurrence, qu'on opéra en extirpant par la joue la tumeur, qui fut reconnue kystique, contenant un liquide clair.

Tout alla bien pendant 18 ans, mais depuis huit ans la tumeur s'est de nouveau développée, son accroissement ayant été beaucoup plus rapide dans ces trois derniers mois.

Etat actuel. — Tumeur occupant toute la joue gauche ; on dirait qu'une petite orange distend la peau. En hauteur la tumeur s'étend depuis la paupière inférieure qui est un peu soulevée jusqu'à la lèvre supérieure ; la commissure est abaissée et la bouche agrandie de ce côté ; en largeur, depuis le nez dont la narine est abaissée, et entraînée en dehors, dont la peau s'est déplissée pour recouvrir la tumeur, jusqu'à une ligne verticale à deux centimètres en dehors de l'angle externe de l'œil.

La tumeur assez régulièrement arrondie est recouverte d'une peau saine, un peu amincie, sillonnée par quelques veinules non adhérente aux parties sous-jacentes.

La tumeur n'est pas mobile sur les plans profonds. Sa consistance est molle, non fluctuante dans son ensemble, mais sur deux points la fluctuation est nette. Ces points fluctuants existent en avant vers le milieu de la tuméfaction et au-dessus de l'os malaire, qui se trouve en partie caché par le développement de la joue.

Du côté de la bouche on voit au-devant de l'arcade dentaire une tumeur s'étendant depuis le niveau de la deuxième incisive gauche jusqu'à la première grosse molaire. La tumeur est allongée dans le sens de l'arcade, lisse dans sa moitié antérieure, divi-

sée en trois lobes de consistance charnue, plus ferme dans sa partie postéro-externe.

L'arcade dentaire ne conserve que deux morceaux d'incisives ; du côté opposé il n'y a du reste qu'une molaire et un morceau d'une autre.

(Dans le cours des opérations pratiquées on aurait arraché 4 dents). La gencive n'est pas ulcérée ; elle forme partie de la tumeur ; une petite fistule, sans grand écoulement, existe au niveau de la première petite molaire. La profondeur au stylet est de deux centimètres.

Sur la voûte palatine, dans la partie correspondante à la tumeur buccale décrite, saillie plus petite que celle-ci, allongée d'avant en arrière, n'atteignant pas la ligne médiane, de consistance dure.

Dans aucune partie de la tumeur il n'existe de crépitation parcheminée.

Pas d'exophtalmie ni d'épiphora. Olfaction en bon état, fosse nasale gauche libre, quoique sa paroi externe soit un peu refoulée. Pas de douleurs. Zone d'insensibilité complète dans la partie moyenne de la joue ; le reste est moins sensible que du côté opposé.

Pas de ganglions sous-maxillaires.

Opération. — M. le professeur Trélat extirpe la tumeur et fait une résection partielle du maxillaire supérieur. Tout le tissu était envahi, la partie antérieure n'existait plus.

Examen histologique. — A la coupe la tumeur apparaît solide dans presque toute son étendue, mais au niveau de sa partie supérieure on découvre un kyste gros comme une noisette, et un autre kyste plus petit, présentant une végétation papillaire, existe dans sa partie antérieure.

Au microscope on voit dans un stroma fibreux presque partout embryonnaire ou myxomateux dans certains endroits, présentant

par places des travées osseuses de nouvelle formation, de nombreuses productions épithéliales.

Dans certaines parties, la tumeur est presque exclusivement constituée par des masses cornées en forme de globes ou de cordons ramifiés.

Par places on aperçoit des cordons formés par des cellules pavimenteuses, en général fort petites, et sur les coupes transversales on voit que ces cordons sont formés par une rangée externe de cellules cylindriques entourant des cellules pavimenteuses et dans certains d'entre eux des cellules nettement adamantines.

Les gros kystes mentionnés présentent la même structure que d'autres kystes microscopiques de volume fort variable, disséminés dans l'épaisseur de la tumeur. Leur épithélium est tantôt formé par des cellules aplaties tantôt par des cellules étoilées qui du côté de la cavité kystique, s'aplatissent et qui sont en rapport vers la surface externe, avec des éléments épithéliaux se rapprochant de la forme cylindrique.

Toutes ces parties épithéliales, cordons, kystes, globes épidermiques, répondent aux transformations connues des débris épithéliaux paradentaires.

On peut suivre dans cette pièce, en partant du simple débris paradentaire, la double évolution, branches communes d'un même tronc qui conduit à la formation de kystes et à la production des masses épithéliales pleines.

L'origine paradentaire est évidente et l'évolution clinique nous montre que la première production en date fut la formation d'un kyste.

TRAITEMENT

Tous les traitements qui ont été préconisés pour remédier au kyste dentaire tendent à le supprimer chirurgicalement : les traitements médicaux, les caustiques, les mandants n'ayant jamais pu en amener la guérison.

Sauf le cas de complications, jamais le kyste dentaire ne provoque de symptômes alarmants déterminant une action immédiate.

Quelles sont donc les indications opératoires.

Tout d'abord les douleurs dentaires violentes, fréquentes à irradiations multiples, réveillées par la pression de la dent et capables de gêner la mastication : des douleurs se rencontrent de préférence dans les cas de petits kystes appendiculaires non diagnostiquables et relèvent du traitement de la carie dentaire rebelle à tous les moyens thérapeutiques, l'évolution de la dent qui entraîne celle du kyste fixé à l'une des racines ; le kyste est enlevé en totalité, sans être brisé et les douleurs qu'il provoquait paraissent en même temps.

Pour les kystes plus volumineux et apparents, c'est la déformation, l'asymétrie qu'ils provoquent à la face qui

le plus souvent amènent les malades à en demander la guérison. Mais en dehors de cette indication esthétique il est un cas où l'ablation du kyste doit être faite rapidement c'est dans les cas de récidives et surtout de récidives multiloculaires, alors que le kyste s'accroît rapidement et envahit une grande partie du maxillaire; ou encore lorsqu'après avoir par ostéite détruit la paroi osseuse, il a déterminé une fistule intarissable, soit au menton, soit à la gencive, soit au plancher de la bouche.

Bien entendu, quand c'est au contraire la paroi du sinus maxillaire; il faut évacuer rapidement la cavité osseuse et bien plus encore lorsque le kyste est infecté.

Enfin, si le kyste paraît prendre un aspect malin, si la trame devient prépondérante et que la tumeur vire à l'épithélioma, l'opération est encore urgente.

En résumé pour les kystes apparents, en dehors de la question de forme ce sont les complications ou les récidives qui imposent l'opération.

On a proposé bien des méthodes, les unes palliatives les autres radicales.

L'extraction des dents est une des plus anciennes, puisque Fauchard en 1728 la préconisait déjà.

En effet, pour les kystes en rapport avec les racines des dents cariées, l'ablation de la dent amène la rupture du pédicule, et le kyste l'évacue mais la poche reste et elle peut facilement amener une récidive; le liquide se collectant à nouveau après cicatrisation de la plaie.

D'ailleurs cette méthode ne pouvait pas s'appliquer aux kystes dentigères pour lesquels la dent correspondante

manque. Cette méthode rationnelle est donc incomplète ou impossible suivant les cas.

La ponction fut pratiquée plus tard, elle avait l'avantage de s'adresser à tous les cas, de préciser le diagnostic en même temps qu'elle était curative et de ne déterminer qu'un faible traumatisme.

Mais outre qu'elle est impraticable lorsque le contenu du kyste est solide ou butyreux, elle n'empêchait pas la possibilité des récidives la poche restant en place comme lorsqu'on extrait la dent. On ajouta alors à l'évacuation par la seringue, l'action de liquides irritants, chlorure de zinc, iode, etc., pour tuer les éléments de la poche mais cette méthode échouait souvent encore.

Alors on recourut à un traitement plus radical et l'on fit l'ablation totale du kyste.

Lorsque c'est possible, après avoir retracté la lèvre, on fait une incision sur la gencive correspondante pour mettre la face antérieure du kyste à nu.

Puis par dissection on arrive à l'énucléer ; mais cette méthode de choix est rarement applicable. Le plus souvent le kyste est contenu en totalité dans une gangue osseuse qui quoique très mince résiste au bistouri ou bien il a contracté des adhérences par suite d'inflammation ancienne ou par la présence d'une fistulette enfin il a pu se crever soit au moment de l'intervention chirurgicale soit au moment de l'avulsion de la dent si celle-ci a été faite préventivement ; dans ces cas c'est avec la curette qu'il faut nettoyer le foyer en enlevant toute la poche, ce dont on s'assure par la sensation de frottement osseux que rencontre l'instrument. Cette destruction à la

curette a l'avantage de répondre à tous les cas qui se présentent et d'être radicale.

L'opération doit débiter dans un premier temps, par l'extraction de la dent ou de ses débris cariés, si l'on a affaire bien entendu à un kyste radulaire, puis on pratique une incision parallèle au bord alvéolaire plus ou moins haut suivant la situation du kyste et l'on gratte énergiquement toutes les fongosités à la curette, jusqu'à ce qu'on ait la sensation que la cavité est propre. L'hémorrhagie qui survient est souvent abondante, jamais inquiétante et peut toujours être arrêtée par un bourrage compressif à la gaze antiseptique. On obtient en général une cicatrisation progressive qui est complète en un mois.

Cette méthode toute radicale qu'elle soit ne met pas absolument à l'abri des récives, mais celles-ci sont extrêmement rares.

Si le kyste était suppuré on devrait l'inciser comme un abcès dentaire et le drainer quitte après quelques jours à compléter avec la curette le traitement.

Pour les kystes perforants du sinus, ils doivent être traités comme les sinusites suppurées ou non et la trépanation du sinus s'impose.

Les kystes hétérotypiques doivent être traités comme les kystes ordinaires, mais suivant leur localisation on devra faire une incision appropriée.

Si l'on a affaire à un volumineux kyste multiloculaire, à un de ceux qui ont envahi toute une moitié d'un maxillaire et qu'on puisse craindre des récives par l'ablation simple ou une transformation maligne, il faudra recourir à une opération plus radicale et pratiquer la résection du maxillaire.

CONCLUSIONS.

I. — Il existe aux deux mâchoires des kystes ayant pour origine les débris épithéliaux paradentaires.

II. — Ces kystes qui avaient été divisés en un certain nombre de classes répondant à des variations cliniques qui n'ont rien d'absolu, peuvent être tous réunis sous l'appellation générale de kystes épithéliaux paradentaires qui rappelle leur nature pathogénique.

III. — Ces kystes peuvent être uni ou pluriloculaires et sont essentiellement formés d'un stroma fibreux variant entre l'état embryonnaire et l'état adulte, plus ou moins vascularisés et contenant des bourgeons épithéliaux plus ou moins nombreux pleins ou glanduliformes. Leur paroi interne est tapissée d'un épithélium continu adoptant soit le type pavimenteux soit le type adamantin.

IV. — Suivant l'époque de la dentition à laquelle a débuté le kyste, on trouve dans sa paroi soit un follicule dentaire incomplet, soit une dent bien formée, soit la racine plus ou moins altérée d'une dent dont la couronne est normalement placée à son rang, parmi les autres dents de la rangée.

V. — Le kyste est tantôt vide, tantôt plein de fongo-

sités émanant d'une paroi tomenteuse, tantôt rempli d'un liquide qui peut être clair, jaunâtre et filant ou épais blanc et même buthyreux. Il contient de l'albumine de la cholestérine, des éléments figurés plus ou moins abondants dûs à la desquamation épithéliale et quelquefois des grains dentaires.

VI. — Les kystes sont dus à la prolifération des bourgeons épithéliaux, débris paradentaires que l'on trouve normalement au pourtour du follicule dentaire; c'est à une infection peu violente, peu rapide provoquant l'irritation des bourgeons paradentaires qu'il faut rapporter leur développement; dans certains cas l'oblitération de l'iter dentis paraît pouvoir être invoquée légitimement.

VII. — C'est plutôt chez les femmes soit pendant l'évolution dentaire, c'est-à-dire de 7 à 15 ans, soit pendant la jeunesse de 25 à 40, que se produisent les kystes paradentaires.

VIII. — Cliniquement les kystes paradentaires peuvent être divisés en deux catégories : 1^o les kystes dits appendiculaires qui restent pendus à l'extrémité de la racine d'une dent cariée qu'on arrache et qui ne sont pas cliniquement diagnostiquables et ne peuvent être que rarement soupçonnés. Ils se caractérisent par de violentes douleurs à point de départ nettement dentaire, à irradiations très variables, survenant par crises et rendant la mastication presque impossible. 2^o Les kystes de volume appréciable formant au niveau d'une molaire, la première le plus souvent une tumeur arrondie, dure, indolente et plus ou moins rénitente fixe, qui suivant le volume de la tumeur et son siège fait simplement une saillie sur les

gencives ou détermine une déformation de la face ou de la mâchoire inférieure ; cette tumeur s'accompagne de douleurs moins vives que les kystes appendiculaires cependant la pression de la dent est douloureuse et montre que la racine est mobile et semble être plus ou moins libre dans une cavité.

IX. — Les kystes paradentaires se développent plus ou moins vite ; certains restent plusieurs années appendiculaires, d'autres croissent plus rapidement et peuvent atteindre en un an la grosseur d'une noix. Abandonnés à eux-mêmes, ils restent stationnaires définitivement ou pendant un temps plus ou moins long, puis subissent une poussée nouvelle et se terminent par une des complications suivantes : infection et abcès ou pénétration dans le sinus et sinusite simple ou purulente.

Dans ce cas on a les symptômes des sinusites : pesanteur pulsatile et profonde, écoulement nasal, bombement à la voûte palatine et dans les fosses nasales, effacement partiel de la saillie de la face.

X. — Les kystes paradentaires opérés peuvent récidiver et sont alors généralement pluriloculaires.

XI. — Le pronostic de ces kystes est bénin, leur récurrence est généralement bénigne aussi. Cependant on a signalé un cas de généralisation.

XII. — Le diagnostic ferme est impossible quand il s'agit de kystes appendiculaires, à peine peut-on en émettre l'hypothèse.

Les kystes appréciables peuvent être caractérisés par leur siège au niveau d'une molaire, par leur consistance, leur immobilité, leur indolence à la pression jointe à la

douleur provoquée par la dent cariée qui est l'origine et dont la racine est souvent mobile, enfin par l'absence de voussure nasale et palatine. Ces symptômes permettent de les séparer des abcès dentaires de la périostite alvéolo-dentaire des abcès du sinus, des tumeurs solides de la région. En cas de doute la ponction tranche la question.

XIII. — Les kystes appendiculaires ne sont reconnus qu'au moment de l'extraction de la dent, c'est donc les symptômes douloureux qu'ils provoquent et qu'on attribue à la périostite alvéolo-dentaire qui a nécessité l'opération ; leur ablation amène naturellement la guérison.

Les kystes plus volumineux peuvent être ou simplement ponctionnés ou extraits en totalité. La ponction ne met pas à l'abri des récurrences, aussi doit-elle être réservée pour les cas simples ou comme moyen de diagnostic. Le véritable traitement est l'incision du kyste et le grattage à la curette de ses parois, ou son extirpation en totalité, si elle est possible. Les complications inflammatoires doivent être traitées comme les abcès dentaires et la pénétration dans le sinus doit amener la trépanation de celui-ci pour évacuer la collection.

Vu par le président de la thèse,

BERGER.

Vu par le Doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

- SCULTET. — *Commentarium chirurgien*, 1654, p. 222-228.
- FAUCHARD. — *Le chirurgien dentiste*, vol. 1-1728, p. 128.
- HALLER. — *Thèses chirurgicales*, vol. 1-1750.
- ROUX. — *Journal de médecine*, 1757, p. 52 et 157.
- MORELOT. — *Mémoire de l'Acad. royale de chirurg.*, 1774, vol. II, p. 352.
- SIEBOLD. — *Dissertatio de insolito maxil. superioris tumore aliusque ejusdem morbi*, 1776.
- JOURDAIN. — *Traité des malad. de la bouche*, 1778, vol. I, p. 119.
- AUGUSTIN F. — *De spina ventosa ossium*, 1797.
- DELPECH. — *Précis des malad. réputées chirurgicales*, 1816, vol. III.
- BARNES. — *London méd. chir. Traas*, 1813, p. 316.
- DUBOIS. — *Bull. de la Soc. an. méd. an 13*, n° 8.
- NOACK. — *Dissert. de Hydrexostosi et hacmatoxostosi wratisl*, 1824.
- DELPECH. — *Chirurg. clinique. Montpellier*, 1828, p. 118.
- CUSACK. — *Dublin Hôsp. rep.*, vol. II, vol. IV. p. 29.
- LUTON. — *Med. chir. Transactions*, 1836, p. 26.
- BOWBLY. — *Multiloc. cyst. The Lancet*, 1837, vol. I, p. 574.

- GENSOUL. — Lettres chirurg. sur quelques maladies graves du sinus maxil. Paris, 1883, 5^e obs.
- SYME. — Edimburgh med. and surg. Journ., 1838. Tumort of the upper Jaw.
- BRIERRE DE BOISMONT. — Mémoire sur les kystes à parois osseuses. Journ. des sciences médicales. Paris, 1833.
- REGNOLI. — Osservazione chir. Pisa, 1836.
- LINDERER. — Handbuch der zahnheilkunde. Berlin, 1837, p. 141.
- HAWKINS. — Medic. gaz., décembre 1838.
- DUPUYTREN. — Leçons orales de cliniques chir. Diverses espèces de kystes qui se développent dans les os. Paris, 1839, 2^e édit.
- VELPEAU. — Kystes osseux de la face. Nouveaux éléments de méd. op., t. III, p. 616, 1839.
- DIDAY. — Sur les maladies des os de la face. Thèse d'agrégation de 1839.
- FORGET. — Recherches sur les kystes des os maxil. et leur traitement. Thèse de Paris, 1840.
- GLASWALD. — De humore quodam utrius que autri Highmori perversa dentium formatione exorto Grypliral, 1844.
- WALSH. — Nature and Treatment of cancer. Londres, 1846, p. 562.
- GINBOUT. — Mémoire sur les kystes séreux des os maxil. Union médicale, p. 449 et Bull. soc. anat., 1847, p. 391.
- WILKS. — Kyste multiloculaire du maxil. inférieur. Gurjs. hospital rept for, 1847.
- CRUVEILHIER. — Kyste mélicérique de la voûte palatine. Traité d'anat. pathol. gén., t. III, p. 359. Paris, 1849.

FERGUSSON. — Kyste de la mâchoire supérieure simulant une tumeur solide. *The Lancet*, juin 1850.

WORMALD. — Tumour formed by the Capsule of an uncut permanent tooth. *The Lancet*, juin 1850.

PIBRET. — Kyste du maxil. supérieur. *Bull. de la Soc. anat.*, p. 506, 1852.

HAHN. — *Zeitschrift of chir., u. Geburst.*, 1852.

JOBERT DE LAMBALLE. — Kyste de la mâchoire guéri par injection iodée. *Gaz. des hop.*, p. 409, 1853.

GOSSELIN. — Kystes du maxil. inférieur. *Gaz. des hop.*, n° 133, 1855.

SYME. — *The Lancet*. Récidives de kystes multiloc. de la mâchoire inférieure, mars 1855.

FORGET. — Mémoire sur les kystes des os maxil. et leur traitement. *Mém. soc. chir.*, t. III, p. 229, 1852.

CHASSAIGNAC. — Kyste du maxil. supérieur. *Monit. des hôpitaux*, 1853, p. 1086.

STANLEY. — Kystes dentaires. Londres. 1849, atlas pl. 18.

FAGET. — *Lectures on surgical pathology*, vol. II, p. 40, 1853.

MAISONNEUVE. — Obs. de kyste butyreux de la mâchoire supérieure. *Gaz. des hôp.*, janvier 1855.

MAYOR (de Genève). — Kyste multiloc. de la mâchoire inférieure. *Soc. chir.*, octobre 1856.

NÉLATON. — Kyste dentaire du maxil. supérieur gauche. *Bull. de la soc. anat.*, 1856, p. 489.

SAUCEROTTE (DE LUNÉVILLE). — Kyste séreux du palais. *Gaz. Méd.*, 1856 p. 415.

ADAMS (ROBERT). — On Bony cyst of. the lower Jan. Dublin, hosp. gaz. vol. IVp. 116, 1857.

- COOTE. — Kyste multiloc. de la mâchoire chez un vieillard.
Lancet, oct. 1857.
- ADAMS. — Dublin hosp. gaz. 1857.
- DUCHAUSSEY. — Kystes des mâchoires, th. agrégat. Paris
1857.
- VITALIS (OTHON). — Kyste développé dans le maxil. supérieur
gauche. Bull. soc. anat. t. III p. 326, 1858.
- TOMES. — Obs. de Kyste dentaire de la mâchoire inférieure.
Dental surgery p. 204, 1859.
- FORGET. — Anomalies dentaires, plusieurs obs. p. 41-47,
1859.
- CHASSAIGNAC. — Kyste de la branche droite du maxil. infé-
rieur. Discussion sur le procédé opératoire. Bull. de soc.
de chir. Mars 1859.
- FISCHER (D'ULM). — Trois cas de kystes dentaires. Wurtemb.
Zeitschrif. f. Wundarzte, 1859.
- SABTER (JAMES). — On the infracton of. permanent. Teeth in
the substance of the maxil. Bones-Guys hosp. rep.,
1859.
- FAGET. — Kystes multiloc. de la mâchoire récidive Med. Ti-
mes sept. 1860.
- LETEUNEUR. — Un kyste multiloc. de la mâchoire inférieu-
re. Bull. de Soc. chir. août 1861.
- GÜRLT JAHRES BERICHT. — Kyste dentaire p. 154.
1859.
- COOTE. — The Lancet kyste multiloc. dentaire, août 1891.
- TOMES. — Trans. of. odont. soc. p. 365, 1863.
- MAISONNEUVE. — Cliniques chirurg. vol. I. p. 59. 1863.
- LEGOUEST. — Kyste dentaire du maxil. inf. Bul. Soc. chir.
juillet 1862.

FEARN. — Case of. Bony dentiger cyst of. the lower, janv.
Britishk méd. jour. août 1864.

GLENEREAU. — Kystes des os maxil. Thèse de Paris, 1865.

MASON-WARREN. — Traitement des kystes de la mâchoire
Boston méd. an surg. Jour., 1866.

BOTTINI (DE NOVARE). — Désarticulation de la mâchoire inférieure pour kyste dentaire. Ann. univer. di méd., mai 1867.

NEUMANN. — Ein Fall. von Unter kiefergeschwulst bedingt durch dégénération eines Jalmsacks archiv. f. Klin. chirurg., p. 221, 25 1867.

WATTSGAFFE. — Pathologic. society. trans., London, XXII, 1867.

HULKE. — Kyste du maxil. British méd. Jour., p. 163, 1868.

ANCELET. — Note sur une variété particulière de kystes de la bouche (R. périostiques). Gaz. des hôp., p. 119, 1869.

MAGITOT. — Essai sur la pathogénie des kystes et abcès des mâchoires. Gaz. des hôp., p. 245, 1869.

BROCA. — Kystes dentaires dans le traité des tumeurs, Paris, 1866-1869, p. 35.

FUCKELDEY. — Ueber Kieferkysten Dissert. inaug. Halle, 1869.

GIRALDÈS. — Kystes du maxil. inf. dans les leçons de clin. sur les maladies chirurg. des enfants, Paris, 1869.

HEIDER — Atlas der Pathologie der zahne Leipzig, 1869, fig. 133.

MOURLON. — Contribution à l'histoire des kystes osseux dans recueil de mem. de médec. milit., août 1870.

- BRYANT.** — Kystes dentigères *Guys hospit. report.*, p. 252, 1870.
- MAGITOT.** — Kystes des mâchoires. *Arch. gen. de méd.* 1872-73.
- GIRALDÈS.** — Kyste maxillaire. *Bull. de la Soc. de chir.* 1872.
- HEATH.** — *Diseases of the Jaws*, p. 174, 1872.
- RECLUS.** — Epithélioma térébrant du maxil. sup. *Progrès médical*, p. 795, 1870.
- DOLBEAU.** — Remarques sur les kystes des mâchoires. *Tribune méd.*, 1874.
- BARBAT.** — Kystes dentaires, thèse de Paris, 1872.
- RAYNAUD.** — Kystes des mâchoires. *Th. de Paris.* 1873.
- LETEUNEUR.** — Kyste de la mâchoire supérieure. *Bull. de soc. chir.* 1873.
- AUBERTIN.** — Kystes osseux du maxill. 1874.
- LEGROS et MAGITOT.** — *Journal de l'anatomie de ch. Robin* 1873.
- REMY et DURET.** — Variété non décrite de kyste dentaire. *Soc. anat.* p. 686, 1874.
- GOSSELIN.** — *Clin. chir.* 1872, volume III, p. 268.
- HENRIET.** — Kystes du maxil. sup. *Progrès méd.* p. 574, 1874.
- JACQUELIN.** — Pathogénie des kystes du maxil. Thèse de Paris, 1875.
- BROSKE.** — Thèse de Berlin. (*Rev. des sciences méd.* vol. II, p. 626, 1875).
- VERNEUIL.** — Tumeur polykystique du maxil. infr. *Bull. de l'acad. méd.* p. 644, 1875.
- MAGITOT.** — *Traité des anomalies du syst. dent.* p. 232. Paris, 1877.

- MAGITOT. — De la pol'gnatie chez l'homme. Ann. de Gynécol. p. 81 et 161, 1875.
- MIKULICZ. — Beitrag zur Genèse der dermoïdam.
- KOPVE. — In Wiener méd. woch, p. 952 à 1004, 1876.
- KOLACZECK. — Ein. cystiches adénom. des unterkiefers. arch. fur. klin., chirurg. p. 442, 1877.
- BUSCH. — Mittheilungen über einige Geschwülste Berliner klin. Wochenschrift, 1877.
- BUCHLEMAN. — Cystom des Unterkiefers. Arch. für klin. chir., 1877.
- HERFERT. — Deux obs. de kystes de la mâchoire inférieure. (Bull. de la soc. de chir. p. 410, 1878.
- GUYON. — Article maxill., du dictionnaire Dechambre, p. 416, 1877, 2^e série, vol. X.
- GOSSELIN. — Clinique chirug. Paris. 1879, p. 268.
- VERNEUIL. — Discussion sur les kystes du maxill. Bull. de la soc. de chir. 1878.
- CHIRON. — Kystes d'origine dentaire, 1878.
- LEGROS et MAGITOT. — Journal de l'anatomie, 1879.
- HEATH. — Thirty five years history of a maxillary tumour. British med. Jour, 1880, p. 775.
- TREMOUREUX. — Abscess du sinus maxill. Th. de Paris, 1880.
- RÉDIER. — Kyste dentaire ayant envahi le sinus. Bull. de la Soc. de chir., p. 692, 1880.
- DISSE. — Arch. fur mikr. anat., 1880.
- BRYK. — Langenbeck archives, 1881, p. 793.
- CHAVROT. — Etude cliniq. des kystes périost. de la mach, Arch. gén. méd., avril 1881.
- HEURTAUX (de Nantes). — Un cas de kyste du maxill. infér. Journal de méd. de l'Ouest, p. 367, 1882.

- MAGITOT. — Kystes dent. périostiques, Bull. de Soc. de chir., 1882.
- BERGER. — Kyste dent. soulevant le sinus. Bull. de chir., p. 422, ann. 1882.
- MONOD. — Bull. de Soc. de chir., oct. 1882.
- GODEFROY. — Pathogénie des kystes multiloc. des mâchoires. Th. de Paris, 1882.
- STOKES. — Large cystic dis. of jan. the upper Journal. Dublin Journ. of med., p. 344, 1883.
- EVE. — One cystic dis. of the jan. British Journ. of dental science. Mars 1883.
- MALASSEZ. — Débris épithéliaux paradent. Arch. de phys., 1884.
- RANVIER. — Cours du collège de France, 1884.
- CORNIL et RANVIER. — Manuel d'histol. pathol., vol. 1, p. 348, 1884.
- VERNEUIL. — Diagnost. des kystes dent. du maxill. sup. Gaz des hôp., p. 692, 1884.
- BARKER. — Adenom of sup. maxill. British med. Journ, vol. 1, p. 709, 1884.
- HEATH. — Three cases of tumours of the autrum. Med. kines, p. 12, 184.
- MAGITOT. — Considérat. sur l'origine des kystes du maxill. Bull. de la Soc. de chir., 1884-85.
- AGUILHON DE SARRAN. — Pathog. des kystes des mâchoires. Soc. de biolog., p. 184, 1884.
- LAGNESSE. — Soc. de biolog., nov. 1885.
- BEMAYS. — Etude sur un kyste multiloc. medic. record, vol. 28 pag. 1, 1885.
- MALASSEZ. — Travaux du laboratoire Ranvier sur les kystes uniloculaires d'origine dentaire, p. 40, 1885.

- AUSSENAC.—Kystes du maxil.inf. (Th.de Montpellier, 84-85).
- TRZEBICKY. — Structure des kystes multiloc. Zeitschrift für Heilkunde, 1885.
- ALBARRAN. — Epulie avec transformation adamantine de l'épithélium de la gencive. Bull. des tr. anat., 1885.
- MALASSEZ. — Nouveau mémoire sur l'histologie des kystes radiculaires et leur origine paradentaire. Arch. de physiol. T. V, p. 309. T. VI, p. 379, 1885.
- LAFORESTIÈRE. — Etude sur les kystes des maxill. Th. de Paris, 1885.
- LANNELONGUE et ACHARD. — Polygnatie des kystes congénit., p. 256, 1886.
- BILLROTH et WIRINVAKTER. — Path. chirurg., p. 347, 1887.
- KIRMISSON. — Kystes des mâchoires. Traité de pathol. des quatre agrégés, 1886.
- MAGITOT. — Discussion sur l'origine des kystes radiculodentaires. Congrès de chirurgie française, 1886.
- DAVID. — Pathog. des kystes radicul. des dents adultes (Odontologie, p. 517, 1886, p. 5, 1887).
- ALLGAYER. — Central epithelial. geschwulste des unterkiefers. Beitrage zur klinische chirur. Tubingen, p. 436, 1886.
- HEATH. — Lectures on certain diseases of the jaws british medic. journ. vol. I, p. 1322, 1887.
- ALBARRAN. — Note sur l'épithélioma adamantin du sinus maxill. Bull. de la soc. de biol., 1887.
- MAGITOT. — Sur la pathog. des kystes périostiques. Bull. soc. chirurg., 1888 et soc. biol., 1887.
- GALIPPE. — Micro-organismes des dents cariées. Journ. des connaiss. méd., 1887.

TORNES. — Pathog. des kystes dent. British med. Journ.,
p. 1319, 1887.

ALBARRAN. — Kystes dentifères et leur pathogénie. Soc.
anat., p. 497, 1887.

ALBARRAN. — Epithélioma adamantin du maxill. sup. Bull.
soc. biol., nov. 1887.

HEATH. — Dentigerons kystes british medic. Journ. T. I,
p. 1319, 1887.

ALBARRAN. — Anat. pathol. pathog. et quelq. points de cli-
nique des kystes des mâchoires. Rev. chirurg., 1888.

HARRIS. — Traité des maladies des dents (trad. Andrieu),
p. 426, 1889.

CHIBRET. — Epithéliomas adamantins, 1890.

ROUTIER. — Kyste dentigère du maxill. sup. Bull. de soc. de
soc. de chirur., p. 510, 1890.

MONOD. — Kyste dentaire du maxill. sup. Bull. de soc. de
chirur., p. 131, 1890.

HEYDENREICH. — Traité de chirurgie. T. V, p. 143, 1893.

LE DENTU. — Un cas d'épithélioma kystique du maxill. infér.
Sem. gyn., 1893.

DELAGENIÈRE. — Kyste multilocul. de la mach. infér.
Résection du maxill. Arch. prov. de chirur., 1895.

BUCHTEMANN. — Cystom der unterkiefers. Arch. für klin.
chirur., p. 207, 1895.

NIMIER. — Article mâchoires. Traité de chirur. de Le Dentu
et Delbet, p. 857, T. V, 1897.

GUINARD. — Kyste unilocul. du maxill. infér. Bull. de la
soc. anat., déc. 1897, p. 942.

